Le Progrès Médical

1901

DEUXIÈME SEMESTRE



REVUES DES SPÉCIALITÉS

Anthropologie	ZABOROWSKI.
Affections des organes génito-urinaires	Dr A. MALHERBE.
Bactériologie	Dr RAMOND.
Chirurgie	Dr LONGUET.
Dermatologie et syphiligraphie	Dr P. RAYMOND.
Eaux minérales et hydrothérapie	Dr J. NOIR.
Electrothérapie	Dr P.-L. REGNIER.
Hygiène	Dr H. de ROTHSCHILD.
Jurisprudence médicale	Dr LIRMIN-LIPMAN.
Maladies de la première enfance	Dr H. de ROTHSCHILD.
Maladies de la deuxième enfance	Dr PAUL-BONCOUR.
Maladies des oreilles, du larynx et du nez	Dr BARATOUX.
Neurologie	Dr MIRALLIÉ.
Obstétrique et gynécologie	M. JEANNIN.
Ophtalmologie	Dr KŒNIG.
Psychiatrie	Dr KERAVAL.
Thérapeutique	Drs CORNET, NOIR, RELLAY.
Médecine légale	Dr G. CARRIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine	Dr PLICQUE.
Académie des Sciences	Dr PHISALIX.
Société d'Anthropologie	ZABOROWSKI.
Société de Biologie	Mme le Dr EDWARDS-PILLIET.
Société de Chirurgie	SCHWARTZ.
Société médicale des hôpitaux	Dr J. NOIR.
Société de Médecine de Paris	Dr BURET.
Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle	PUJOL.
Société d'Obstétrique	Dr
Société de Pédiatrie	Dr CH.-H. PETIT-VENDOL.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

TRENTIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME XIV : 1901 (Juillet-Décembre)

Illustré de 60 figures dans le texte.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX, (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BOISSIER (F.), BONNAIRE (E.), BOUTEILLIER (G.), BURET, CARRIER, CHABBERT, CHARCOT (J.-B.), CHÉRON (H.), CORNET (P.), CORNILLON (J.), DARIER, DAURIAC, DEBOVE, DUPLAY, Mme EDWARDS-PILLIET, FÉRÉ (CH.), FIAUX, GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KŒNIG, KOUINDJY, LANDOUZY (L.), LONGUET, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (CH.), MUSGRAVE-CLAY (R. de), PAUL-BONCOUR (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PHISALIX, PIERRET, PITRES, PLICQUE, POULARD, POZZI, PUJOL, RAMOND (F.), RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RÉGNIER (L.-R.), RELLAY, REVERDIN, (de Genève), **RICHER (P.), SCHWARTZ, SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SOLLIER, SOREL (R.), TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TILLAUX, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.), ZABOROWSKI.**

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Ambard. Arthaud, Binet-Sanglé, Brunier, Cardamatis, Crouzat, Delore, Druelle, Fenidel, Foveau de Courmelles, Guépin, Kanellis, Katz, Lapointe, Lombard (A.), Meige, Merle, Nattau-Larrier, Netter (L.), Stanculeanu, Terrien, Vidal (E.), etc..

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 27. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 6 JUILLET 1901

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Nouveaux cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse (1).

Par le Dr **Aimar RAOULT**.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'angine ulcéro-membraneuse a acquis, depuis 3 ans, droit de cité dans la pathologie ; elle est actuellement suffisamment connue pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en retracer ici l'évolution, les caractères cliniques, ainsi que l'étude complète des microorganismes qui lui donnent naissance. Nous avons publié tout au long ces détails dans des travaux faits en collaboration avec le Dr G. Thiry, ainsi que dans la thèse de Panoff, que nous avons inspirée. Je crois cependant utile de retracer rapidement l'historique des premiers travaux parus sur ce sujet, afin de remettre certaines questions exactement au point.

En 1895, Vincent (2) décrivit un bacille qu'il avait trouvé dans les fausses membranes de la pourriture d'hôpital, bacille allongé en forme de fuseau de 4 µ. de longueur sur 1 µ. de large.

Au mois de février 1898, Bernheim (3) constatait la présence dans les fausses membranes de la *stomatite ulcéro-membraneuse* d'un bacille semblable à celui signalé par Vincent dans la pourriture d'hôpital.

Au mois de mars de la même année (4), Vincent, dans un nouveau mémoire, publiait 14 cas d'une angine spéciale, à laquelle il donnait le nom d'*angine diphtéroïde*, en raison de la production d'une fausse membrane blanche à la surface de l'amygdale. Dans cette fausse membrane, il constatait la présence du même bacille décrit par lui précédemment dans la pourriture d'hôpital ainsi que de très nombreux spirilles. Ce qui avait frappé particulièrement Vincent, c'était l'analogie de cette affection avec la diphtérie. L'amygdale, dit-il, est recouverte d'une tache crayeuse ou grisâtre peu épaisse, reposant sur une surface érodée et saignant facilement. Lorsque l'affection est plus sérieuse, la membrane diphtéroïde repose sur un véritable ulcère anfractueux dû à la nécrose superficielle du tissu amygdalien. L'affection s'étend en effet plutôt en profondeur qu'en surface. Elle n'est pour l'auteur *jamais bilatérale* ; elle s'accompagne d'adénite sous-maxillaire, de fétidité de l'haleine.

Nous remarquerons en passant que Vincent n'insiste pas sur l'ulcération sous-jacente à la fausse membrane et que toute sa description de cette ulcération consiste en ces deux mots : ulcère anfractueux. Au contraire, il s'appesantit sur l'aspect diphtéroïde de la maladie.

A la même séance de la Société médicale des hôpitaux, Lemoine rapportait 5 cas où il existait une véritable ulcération ; aussi, avec Sevestre et Legendre, combattait-il l'épithète de diphtéroïde proposée par Vincent et proposait-il de ranger cette affection sous le terme général d'amygdalite ulcéreuse à bacilles fusiformes.

Au mois de mai 1898 (1) G. Thiry et moi nous relations 4 cas d'une amygdalite dans les fausses membranes de laquelle nous trouvions les mêmes bacilles et les mêmes spirilles que Vincent et que Bernheim. Deux de ces cas avaient été observés par nous au mois d'avril 1897. Nous proposions, les premiers, de donner au bacille fusiforme le nom de bacille de Vincent. Ce dernier bacille pourrait donc être désigné, suivant les règles suivies en botanique : bacille fusiforme (Vincent), bacille de Vincent (Raoult et Thiry). Ce qui nous avait le plus particulièrement frappés dans l'examen clinique de nos cas, c'était leur analogie avec le chancre syphilitique amygdalien ; aussi, en raison de cette confusion possible et de la fausse membrane recouvrant une ulcération, avons-nous proposé, les premiers, le nom d'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme. Nous avons supprimé, avec Lacoarret (2), l'épithète de chancriforme, étant donnée l'identité clinique et bactériologique de l'amygdalite avec la stomatite ulcéro-membraneuse.

(1) Travail communiqué au Congrès des Sociétés Savantes. Session de Nancy, le 11 avril 1901.
(2) VINCENT. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1895, p. 488.
(3) BERNHEIM. *Centralblatt fur Bakteriologie*, février 1898.
(4) VINCENT. *Soc. med. des hôpitaux*, mars 1898 et *Presse médicale*, 12 mars 1898.

(1) RAOULT et THIRY. *Soc. française de laryngologie*, mai 1898 et *Rev. de Moure*, 1898.
(2) LACOARRET. *Rev. de Moure*, 1899, 15 mars, p. 273.

Nous avions ainsi rapproché l'affection que nous décrivions de l'amygdalite lacunaire ulcéreuse décrite par Moure (1), en faisant observer que, contrairement à l'affection décrite par ce dernier auteur, l'amygdalite ulcéro-membraneuse débutait par une fausse membrane escharotique qui produisait un sphacèle plus ou moins profond de l'amygdale ; d'où l'ulcération. Dans l'angine de Moure, au contraire, il s'agit d'un kyste intralacunaire qui vient s'ouvrir à la surface de la tonsille et laisse une perte de substance. Cette dernière affection est amicrobienne au début, et ne contient des microorganismes vulgaires de la bouche que lorsque le kyste s'est rompu. Dans un de nos cas, la perte de substance avait été très considérable, et il y avait eu destruction d'un bon tiers de l'amygdale. C'était donc bien une affection ulcéro-membraneuse, et non pas seulement diphtéroïde.

La description de l'évolution, des aspects divers de l'ulcération, ainsi que la marche de la maladie, furent relatées par nous tout au long. Je crois que nous pouvons dire que cette étude clinique a été reproduite par tous les auteurs qui s'occupèrent dans la suite de cette affection, et que l'on ne peut pas nous contester l'importance de cette description clinique.

A cette époque, 1898, M. Moure et ses élèves pensaient devoir rejeter l'amygdalite ulcéro-membraneuse, et croyaient que nous confondions avec l'amygdalite lacunaire ulcéreuse de Moure. Nous fûmes combattus à outrance par l'Ecole de Bordeaux. Chauchard (2) refusait à l'examen bactériologique le droit de conclure à la nature de l'affection, Brindel (3) croyait que nous faisions confusion d'une part avec l'amygdalite diphtéroïde de Vincent, qui ne décrivait alors que l'érosion, car le mot diphtéroïde en lui-même est la négation de l'ulcération, d'autre part, avec l'amygdalite ulcéreuse de Moure. A ce moment, la description clinique de Vincent ne coïncidait donc pas avec la nôtre, et *notre amygdalite ulcéro-membraneuse n'était donc pas calquée sur l'amygdalite diphtéroïde de Vincent.* Brindel concluait donc que l'amygdalite ulcéreuse de Moure ne ressemble en rien à l'angine diphtéroïde de Vincent, et que cette dernière gardait les caractères décrits par Vincent. Donc, pour l'École de Bordeaux, au mois d'avril 1899, notre amygdalite ulcéro-membraneuse était une erreur d'interprétation clinique et bactériologique.

Mais au mois de mai 1899, à la suite d'une nouvelle communication faite par nous (4) à la Société de laryngologie, M. Moure et ses élèves reconnurent le bien fondé de nos observations. Nous publiions alors la relation de plusieurs cas nouveaux et reconnaissions l'identité de l'amygdalite diphtéroïde de Vincent avec l'amygdalite ulcéro-membraneuse de Raoult et Thiry, dont la précédente n'est que le premier stade. Les deux ne forment qu'une entité morbide avec deux périodes variant suivant la durée et la gravité de l'infection, entité parfaitement différenciée de l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë de Moure, dont elle se rapproche seulement par ses caractères cliniques à la période d'état.

(1) Moure. Amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë. *Soc. française de laryngologie*, mai 1895.
(2) Chauchard. Contribution à l'étude de l'amygdalite lacunaire enkystée et de sa complication : l'ulcération. *Thèse de Bordeaux*, 1898.
(3) Brindel. *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 24 avril 1895 et *Journal de méd. de Bordeaux*, 2 juillet 1899.
(4) Raoult et G. Thiry. Amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme. *Réunion biologique de Nancy*, 20 avril 1899. *Soc. française de laryngologie*, mai 1899. *Rev. de Moure*, juin 1899.

« M. Vincent, a dit Brindel (1) dans notre rapport, s'est rallié (août 1899, (2) à la description de Raoult et Thiry, et s'il a le grand mérite d'avoir établi d'une façon indiscutable la bactériologie de l'amygdalite ulcéro-membraneuse, il ne saurait revendiquer celui d'avoir donné la description complète d'une affection dont il ne connaissait, au moment de sa première communication, que le premier stade ; la période préulcéreuse. »

Sans vouloir faire un procès de priorité, nous pensons qu'on ne peut donner à l'amygdalite ulcéro-membraneuse le nom d'*angine Vincent*, comme l'a fait dernièrement M. Letulle (3). On pourrait plus justement la dénommer *angine de Bergeron* : en effet, ce dernier (4) dans son article sur la stomatite ulcéro-membraneuse, a fort bien décrit au point de vue clinique la localisation de cette affection sur l'amygdale. Nous conserverons donc, avec la plupart des auteurs, le nom d'amygdalite ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes de Vincent.

Dans l'intervalle de nos deux communications de 1898 et de 1899, parurent les travaux de Bernheim et Pospischill, d'Abel Dopter, de Stœcklin, Rispal, la thèse de Freyche, de nouvelles observations de Vincent, puis la relation de plusieurs cas de Sacquepée, de Marian, de Pagliano et François, de Lichtwitz et Sabrazès, de Nicolle. Dans notre seconde communication, en 1899, nous rapportions des cas de contagion de malade atteint d'amygdalite à malade présentant dans la suite de la stomatite. Un peu plus tard, nous relations dans la thèse de Panoff (5) des cas où existaient simultanément l'amygdalite et la stomatite. Rappelons en passant que la thèse de Panoff a été mise à contribution par un autre auteur, qui n'en a même pas fait mention dans sa bibliographie. Les premiers cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse chez l'enfant ont été rapportés par Jacques. Depuis, Richardère et Athanasiu (6) en ont relaté de nombreuses observations. Athanasiu a fait d'une façon intéressante l'examen bactériologique de l'exsudat aux différents stades de la maladie.

Depuis 1898, tous les bactériologistes qui se sont occupés du bacille de Vincent ont cherché à le cultiver et à l'inoculer aux animaux. Abel (7) dit avoir obtenu sur sérum sanguin deux générations de bacilles en culture impure à côté de grands diplocoques. G. Thiry a obtenu aussi une culture en association avec un streptocoque, rien ne parut à la seconde génération ; de plus, après inoculation sous la peau d'un cobaye d'un exsudat riche en bacilles fusiformes, nous avons constaté avec Thiry la formation d'un abcès qui s'ouvrit au bout de 15 jours. Dans le pus, nous trouvâmes une grande quantité de streptocoques, et des bacilles fusiformes bien moins nombreux. Enfin, tout récemment, Vincent (8) a donné à la Société de Biologie les résultats de nouvelles expériences de culture et d'inoculation pratiquées par lui. Il n'a pu obtenir que des cultures impures sur sérum Martin et sur sérum d'origine

(1) Brindel et Raoult. Des ulcérations de l'amygdalite, rapport de la *Société française de laryngologie*, 14 mai 1900.
(2) Vincent. *Annales de l'Institut Pasteur*, 15 août 1899.
(3) Letulle. Angine de Vincent, *Presse médicale*, 4 janvier 1901.
(4) Bergeron. *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, tome XII, 1re partie, p. 185.
(5) Panoff. Angine ulcéro-membraneuse chancriforme et stomatite ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes de Vincent et spirilles, *Thèse de Nancy*, 1899.
(6) Athanasiu. Angine ulcéro-membraneuse chez les enfants. *Th. de Paris*, 1900.
(7) Abel. Zur Bakteriologie stomatis und Angina ulcerosa. *Centralblatt fur Bakt.*, 15 juillet 1898.
(8) Vincent. *Soc. de Biologie*, 23 mars 1901.

humaine, et en particulier sur sérum provenant d'hydarthrose rhumatismale ancienne.

Les bacilles se cultivent en filaments allongés et immobiles dans le bouillon Martin, et sous leur forme ordinaire dans les autres milieux, ils sont toujours immobiles et sont détruits en quelques minutes à 60°. Après les inoculations sous la peau et dans les muscles, Vincent a observé des abcès, des trajets fistuleux, des foyers de nécrose ulcéreuse, dans lesquels il a retrouvé le bacille au milieu de nombreuses bactéries étrangères. La contusion préalable des tissus et les injections d'acide lactique ont favorisé la multiplication du microbe en question. Nous ne pouvons encore tirer des conclusions certaines de ces expériences, mais elles ne nous paraissent pas avoir donné des résultats sensiblement supérieurs à ceux obtenus par Thiry, puisque, comme dans les expériences de ce dernier, les cultures de Vincent étaient impures, de même que les foyers d'inoculation.

Nous nous proposons de retracer dans cette courte note quelques cas inédits, qui nous ont paru intéressants parce qu'ils mettent en lumière plusieurs points de l'étude clinique de l'amygdalite ulcéro-membraneuse. Dans les deux premiers cas, il s'agit d'amygdalite bilatérale, ressemblant au premier cas de bilatéralité signalé par Vincent (1) dans son second mémoire. Dans son premier travail, en 1898, il disait en effet n'avoir jamais observé d'extension de l'amygdalite au côté opposé du pharynx. Les cas d'amygdalite bilatérale ont été observés assez nombreux depuis cette époque, ainsi que les cas avec récidive. Dans nos deux premiers cas, ainsi que dans le troisième, qui nous a été obligeamment communiqué par M. Grosjean, préparateur à l'Institut sérothérapique, il y a lieu de remarquer la lenteur de la guérison de l'ulcération lorsque les malades restent dans un milieu confiné, et même dans l'atmosphère des villes. Il a suffi d'envoyer à la campagne les malades des observations I et III pour que l'ulcération, qui restait jusque-là sans traces de cicatrisation, se guérisse en quelques jours. Dans l'observation II, nous avons été obligés d'enlever l'amygdale droite, tandis que l'amygdale gauche s'est cicatrisée d'elle-même. Dans ce cas, que nous n'avons observé pour la première fois qu'au 8e jour, les bacilles fusiformes étaient peu nombreux, tandis que les microorganismes vulgaires avaient envahi toute l'ulcération de l'amygdale droite, qui était presque complètement détergée. Enfin, l'obvation III est intéressante par la coexistence de la stomatite et de l'amygdalite.

Dans l'observation IV, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Huber, médecin-major, l'amygdalite a été aussi bilatérale, mais s'est faite en deux temps ; il y a eu double récidive, d'abord sur le premier côté atteint, puis sur le côté opposé. Ici aussi la guérison a été très lente, et le sujet très affaibli par suite de ces reprises successives. Enfin, dans le dernier cas que nous relatons (observation V), l'ulcération semble avoir été la porte d'entrée qui a favorisé la production d'un abcès de la fossette sus-amygdalienne, à sa partie postérieure. Malheureusement, si l'examen bactériologique de l'ulcération a été pratiqué, celui du pus de l'abcès n'a pas été fait, la malade n'étant pas venue se représenter à nous au moment de l'ouverture de cet abcès. A la fin de notre travail, nous rappelons un certain nombre de cas observés cliniquement par plusieurs médecins et par nous, et dont l'examen bactériologique a été pratiqué par G. Thiry, qui a bien voulu nous en communiquer le résumé. Ces cas, stomatites et amygdalites, n'ont rien présenté de spécial.

1 Vincent. Nouvelles recherches sur l'angine diphteroïde à bacilles fusiformes. *Soc. méd. des hôpitaux*, 3 janvier 1899. *Arch. internat. de laryng.*, janvier-février 1899. — Angine diphteroïde à bacilles fusiformes. *Ann. de l'Institut Pasteur*. 15 août 1899.

Obs. I. — M.M... étudiant en médecine, présente depuis trois ans des signes caractéristiques d'ozène nasal : croûtes mélangées de pus obstruant les fosses nasales, fétidité. Néanmoins, la muqueuse des cornets n'est pas atrophiée ; il en est de même de la muqueuse pharyngienne, qui ne présente pas l'aspect luisant et n'est pas couverte de croûtes, comme on le voit dans les cas intenses. Il s'agit donc d'un ozène léger, récent. D'ailleurs, le traitement : lavage du nez et aspirations de vaseline boriquée, a beaucoup amélioré le malade depuis un an que je le soigne.

Le 21 janvier 1901, M. M.... vient me consulter pour un mal de gorge. Il éprouve une certaine sensibilité pharyngée depuis trois jours, accompagnée d'un peu de fatigue, d'inaptitude au travail, et d'un peu de fièvre le soir. Le malade n'a pas eu de frissons. Il y a 15 jours, il a eu une poussée de la dent de sagesse inférieure gauche. Il y a 3 jours, en même temps qu'il éprouvait cette gène légère en avalant, il a vu une fausse membrane blanche, ressemblant à une tache de bougie, sur l'amygdale droite.

Avec un tampon d'ouate, il a enlevé cette fausse membrane et a remarqué que la muqueuse sous-jacente saignait. Le soir même, il existait à la place une ulcération.

Actuellement, il existe sur l'amygdale droite, à sa partie moyenne, une ulcération allongée d'avant en arrière, irrégulière, à bords nettement taillés à pic, profonde de 3 à 4 millimètres, et recouverte çà et là de débris de fausse membrane. A la partie moyenne de l'amygdale gauche, existent deux petites ulcérations ; elles semblent s'être développées au niveau de deux cryptes amygdaliennes qu'elles ont creusées et excavées. Les amygdales ont notablement augmenté de volume. L'haleine est forte.

De chaque côté, on perçoit un peu de gonflement des ganglions sous-maxillaires, accompagné d'une légère sensibilité à la pression. La voix est un peu nasonnée.

Je revois le malade les jours suivants ; mais les ulcérations se détergent incomplètement, malgré le traitement que j'ai prescrit : pulvérisations phéniquées, badigeonnages au menthol camphré et comprimés de chlorate de potasse. Le malade est pâle, fatigué ; il a voulu continuer ses études, mais ne se sent aucune aptitude au travail.

Le 27 janvier, je demande pour lui un congé à son professeur, M. Nicolas, et je l'envoie à la campagne. Six jours après, il revient complètement guéri.

L'examen bactériologique a été fait le 21 janvier par M. le Dr G. Thiry sous-directeur de l'Institut sérothérapique, qui a trouvé dans les fausses membranes de très nombreux bacilles fusiformes et de nombreux spirilles de grande dimension.

Obs. II. — D. E... âgé de 18 ans, employé des postes vient nous consulter à notre Clinique, le 9 mars 1901. Il se plaint d'un mal de gorge peu intense du côté droit, depuis 8 jours. Il éprouve une gêne légère en avalant la salive et les aliments, il accuse un état de malaise, de la fatigue, de l'insomnie. Depuis 4 jours, il souffre aussi du côté gauche de la gorge, mais d'une façon bien moins marquée. Il n'a pas eu de fièvre.

A l'examen, on trouve à la surface de l'amygdale droite une ulcération blanchâtre, qui, au dire du malade, était recouverte au début d'une fausse membrane blanche, épaisse. Cette fausse membrane a duré 3 à 4 jours. L'ulcération actuelle est peu profonde, à bords taillés en biseau. Le fond est irrégulier, pointillé de rouge. Cette ulcération occupe les deux tiers supérieurs de l'amygdale droite.

A gauche, on trouve une petite ulcération grisâtre à la partie inférieure de l'amygdale. Les deux tonsilles sont notablement augmentées de volume et ne laissent entre elles qu'un passage fort étroit. L'haleine est un peu fétide. Il

existe à droite 3 ou 4 petits ganglions sous-sterno-mastoïdiens un peu douloureux à la pression.

Je prends avec un tampon d'ouate quelques débris sphacelés recouvrant l'ulcération du côté droit, pour en pratiquer l'examen bactériologique.

Je prescris au malade des pulvérisations phéniquées et mentholées, et des comprimés de chlorate de potasse.

Le 11 mars, l'ulcération est complètement détergée, rouge, granuleuse : elle n'est plus douloureuse.

L'examen bactériologique pratiqué par G. Thiry, dénote quelques bacilles de Vincent rares, de nombreux bacilles en amas, quelques diplocoques encapsulés. En culture, on trouve quelques colonies jaune citron liquéfiant énergiquement le sérum, colonies formées par un microcoque indéterminé, en chaînettes (c'est peut-être un pneumocoque).

Les jours suivants l'état de l'ulcération de l'amygdale droite reste stationnaire, tandis que l'amygdale gauche s'est guérie rapidement. Le malade ne veut pas aller à la campagne, il continue son travail de bureau. Le 16 mars, je pratique l'ablation de l'amygdale droite, partie avec l'anse galvanique, partie par morcellement avec la pince emporte-pièce, à cause de l'enchatonnement du pôle supérieur de l'organe.

Obs. III. — (L'observation suivante est due à l'obligeance de M. Grosjean, préparateur à l'Institut sérothérapique, qui a bien voulu nous la communiquer).

M. X., étudiant en médecine, est pris, le 21 février, sans cause apparente d'une gêne de la déglutition. Un examen superficiel, fait dans une glace par le malade lui-même, lui montre une rougeur de l'amygdale et du pilier antérieur du côté gauche. Les ganglions sous-maxillaires sont un peu tuméfiés et un peu douloureux à la pression. Le lendemain, la douleur s'accentue, accompagnée d'otalgie assez aiguë ; les mouvements de déglutition sont très difficiles. L'inflammation a gagné la luette, qui est œdématiée ; la voix est nasonnée. Le soir, temp. 37°6. Le malade est courbaturé, très déprimé, incapable de tout travail.

Le 22 février, l'attention du malade est attirée par une rougeur assez vive de la gencive supérieure, qui présente dans sa moitié droite une ulcération annulaire à bords très réguliers taillés à pic ayant un diamètre d'environ 8 millimètres. Cette ulcération est recouverte d'un enduit blanc grisâtre qu'on enlève facilement avec un tampon d'ouate. Le fond, plutôt érodé que nettement ulcéré, est saignant ainsi que les bords : l'enduit blanchâtre se reproduit assez rapidement. Nous examinons alors plus attentivement la gorge, et nous constatons en arrière de l'amygdale gauche, sur le pilier postérieur, une ulcération à bords très irréguliers recouverte d'un enduit ayant les mêmes caractères que celui qui recouvre l'ulcération de la gencive. Du côté opposé, existe enfin sur le pilier postérieur une ulcération beaucoup plus petite.

L'examen bactériologique des fausses membranes montre la présence de très nombreux bacilles fusiformes et de spirilles. Pendant toute la durée de la maladie, la température n'a jamais été supérieure à 37°6, température constatée au début. L'ulcération gingivale, traitée par des attouchements à la teinture d'iode, a disparu au bout de deux jours. L'ulcération pharyngée plus difficile à atteindre avec les topiques, persiste, malgré le traitement. C'est alors que le Dr Raoult conseilla au malade de changer de milieu. Après 3 jours de séjour à la campagne, l'ulcération se cicatrisa rapidement.

Obs. IV. — (Cette observation est due à l'obligeance de M. le Dr Huber, médecin major de 2e classe au 26e régiment d'infanterie.) L. F.... âgé de 24 ans, soldat au 26e régiment d'infanterie, se présente à la visite le 19 octobre 1900 pour une angine dont il souffre depuis 8 jours.

Antécédents héréditaires. Mère vivante, sujette aux angines.

Antécédents personnels. Pas de maladies dans le jeune âge. Jamais de maux de gorge, mais coryzas assez fréquents. A 19 ans, il a eu une bronchite qui dura un mois environ. Il est entré au service au mois de novembre 1898. En mars 1899, il entre à l'infirmerie pour une bronchite et une amygdalite. Il sort guéri le 25 mars. Depuis, il n'a plus été malade. A partir de juillet 1899, il est employé comme garde-magasin du corps et ne fait plus de service actif (marches, etc.) En 1900, vers le 15 septembre, au cours des grandes manœuvres, il ressentit brusquement, sans cause connue, une forte douleur à la déglutition du côté gauche, accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire douloureuse du même côté. Il vint à la visite, où on lui prescrivit des gargarismes chloratés, et guérit en quelques jours.

Le 10 octobre (25 jours plus tard), il sentit au réveil un violent mal de gorge, avec adénopathie douloureuse du côté gauche, mais sans modification notable de l'état général.

Le 14 octobre, il commence à se sentir fatigué, il dort mal, a de violents maux de tête, de la courbature et perd l'appétit. Il examine sa gorge et voit à la partie supérieure de l'amygdale gauche, dans la fossette une petite fausse membrane blanc-grisâtre entourée d'un cercle très rouge. Les ganglions sous-maxillaires deviennent douloureux à la pression. La plaque blanche s'étend les jours suivants.

Le 19, à la visite, on trouve le malade pâle, semblant fatigué. Il se plaint de courbature générale, de mal de tête. La température est à 38°6. A l'examen de la gorge, on note l'existence d'une rougeur intense s'étendant sur le voile du palais et les piliers gauches. L'amygdale gauche est rouge, volumineuse, et dans la fossette une plaque blanche de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes. Le malade est mis à l'infirmerie, soumis au régime lacté et aux gargarismes boriqués, chauds, fréquents.

Le lendemain et jours suivants, la fièvre tombe, la température redevient normale, l'état général est meilleur. Localement, on voit qu'à la plaque blanche a succédé une ulcération qui gagne de plus en plus en profondeur : ses bords sont taillés à pic, son pourtour est fortement enflammé. L'aspect rappelle celui d'un chancre recouvert d'un enduit grisâtre adhérent, et dont l'ablation produit un suintement sanguin léger. L'haleine est forte, sans être fétide : la langue est saburrale.

Vers le 25 octobre, le fond commence à se déterger, il existe une excavation pouvant loger la moitié d'une noisette à fond recouvert de bourgeons rosés, et qui se comble les jours suivants.

Le 28 octobre, l'amygdale avait repris un aspect presque normal : il persistait seulement un peu d'hypertrophie et une teinte plus foncée que du côté droit. Le malade demande à sortir, et une permission est demandée pour lui à titre de convalescence.

Le 29 octobre, à la visite du matin, on trouve L. couché, ayant passé une nuit agitée, avec un léger mouvement fébrile : il se sent courbaturé. A l'examen, on voit l'amygdale droite qui s'est tuméfiée subitement et est devenue plus rouge : vers sa partie centrale, apparaissent quelques points blancs. Les jours suivants, toute la moitié inférieure de la tonsille droite devient le siège d'une plaque ulcéreuse, étendue en longueur. Plus tard, la moitié supérieure présente quelques points blancs qui restent superficiels, et enfin la même lésion apparait symétriquement sur l'amygdale gauche, déjà atteinte antérieurement, et dont la partie supérieure était en complète voie de guérison.

Cet état se maintient jusqu'au 6 décembre, sans grand changement. A ce moment, nous songeons à prélever une parcelle de la plaque blanchâtre, au fond de l'excavation, et l'*examen bactériologique*, fait par G. Thiry, donne les résultats suivants : Les frottis faits avec l'exsudat, colorés au violet de méthyle phéniqué de Claudius, montrent de très nombreux bacilles fusiformes et des spirilles presque en nombre aussi grand. Il y a si peu d'autres formes que pratiquement on peut considérer les deux précédentes comme en culture pure.

Le 7 décembre l'aspect de la gorge est le suivant : le voile du palais est le siège d'une rougeur inflammatoire diffuse, avec quelques pointillés scarlatiniformes. Les piliers antérieurs adhèrent aux amygdales à partir du tiers supérieur jusqu'en bas, laissant libres seulement les fossettes. La fossette gauche est creusée d'une cavité pouvant loger un pois : le fond en est cicatrisé. La fossette droite présente deux ci-

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT
LYSOL
ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires**, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un** seul **exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

Pour les annonces s'adresser
à M. ROUZAUD
14, rue des Carmes.

catrices légèrement excavées. Les piliers postérieurs font corps avec les tonsilles hypertrophiées, et sont en partie cachés par elles.

La moitié inféro-postérieure des deux amygdales est le siège d'une ulcération chancriforme, à bords taillés à pic, peu enflammée. Les dimensions sont de 1 ctm. 1/2 à 2 ctm. en longueur, sur 1 ctm. en largeur : la profondeur atteint jusqu'à 2 mm. au centre. Ces ulcérations sont recouvertes du même enduit blanc grisâtre, assez adhérent, et dont l'ablation fait sourdre une gouttelette de sang. A droite, l'ulcération est moins profonde, et semble s'acheminer vers la guérison, qui se fait de la profondeur vers la surface, mais qui laissera après guérison une excavation à fond irrégulier. Il existe encore une très légère adénopathie non douloureuse. Jamais, pendant tout le cours de la maladie, il n'y a eu de retentissement du côté de l'appareil auditif. Il ne fut pas possible non plus de voir de traces de stomatite ulcéro-membraneuse.

Le 8 décembre, le traitement suivant fut institué : attouchements quotidiens avec la teinture d'iode et gargarismes au chlorate de potasse ; comprimés de chlorate de potasse.

Obs. V. — Mme C., lingère, âgée de 30 ans, a été soignée à notre clinique en 1897, pour du catarrhe hypertrophique du nez. A cette époque, elle se plaignait d'avoir eu de fréquentes amygdalites phlegmoneuses. A l'examen de la gorge, on trouvait des adhérences étendues entre les tonsilles et les piliers du voile du palais. Sur ces derniers, on observait des varices, en particulier sur les piliers antérieurs et sur le pilier postérieur gauche. La malade n'a pas consenti à cette époque à laisser pratiquer l'ablation de ses amygdales par morcellement.

Le 16 septembre 1899, Mme C., vient à la clinique ; elle se plaint d'un mal de gorge qui dure depuis 8 jours. Elle éprouve du malaise, de la fièvre, et souffre assez vivement de la gorge, du côté gauche. L'haleine est fétide. A l'examen, on aperçoit une ulcération occupant les 2/3 supérieurs de l'amygdale gauche. Sur l'amygdale droite existent des points blancs au niveau des cryptes, donnant l'aspect d'une angine pultacée ordinaire. Le pharynx est rouge, enflammé. Les dents sont en très mauvais état.

L'examen bactériologique de l'exsudat de l'ulcération du côté gauche, pratiqué par G. Thiry, dénote la présence de bacilles fusiformes nombreux avec de rares spirilles, et de nombreuses formes microbiennes en amas et en chaînettes.

Traitement : Attouchements à la teinture d'iode.

Le 19 septembre, la malade vient de nouveau nous trouver à la clinique ; elle souffre davantage depuis hier. Elle présente de la contracture de la mâchoire. On observe du gonflement œdémateux du pilier postérieur gauche ; ce point est très douloureux à la pression. Nous prescrivons de grandes pulvérisations chaudes. Il s'est formé au point indiqué un abcès dans la partie postérieure et inférieure de la fossette sus-amygdalienne, abcès qui s'est ouvert en arrière du pilier postérieur.

Le 28 septembre. L'abcès est complètement guéri ; il reste de la rougeur et des adhérences des piliers, avec l'amygdale gauche.

Le 5 octobre. Nous pratiquons à la pince coupante l'ablation du pôle supérieur de l'amygdale gauche qui obstrue l'orifice de la fossette sus-amygdalienne.

La malade revient à la clinique le 26 mai 1900. Elle n'a plus eu d'abcès ni d'ulcération des amygdales. Elle garde de la sensibilité du pharynx et une certaine gène en avalant la salive. On observe toujours de nombreuses varices du pharynx. L'amygdale linguale est rouge et tuméfiée. Tous ces phénomènes inflammatoires sont dus au mauvais état de la bouche ; en effet on trouve en de nombreux points de la pyo-gingivite.

Les cas observés bactériologiquement par G. Thiry et pour lesquels le diagnostic de lésion membraneuse est indéniable sont au nombre de 9 ; ils comprennent 5 stomatites et 4 amygdalites.

Elimination de l'urée dans les crachats de la Grippe.

Par **M. DELORE**.

L'élimination de l'*urée*, tout le monde le sait, est la fonction générale dévolue aux reins ; toutefois on la trouve également dans toutes les excrétions, comme la salive, les larmes, la lymphe, l'humeur vitrée, et sa proportion est alors très faible.

L'occasion vient de se présenter à moi de constater le passage de l'*urée* dans l'expectoration de la grippe et le fait m'a paru digne d'être signalé.

Observation. — X..., fortement arthritique, contracte la grippe il y a 3 mois. Bénigne au début, cette affection fut brusquement exaspérée à la suite d'un séjour prolongé dans une chambre habitée par plusieurs personnes grippées (parmi celles-ci était une femme d'apparence vigoureuse, ayant accouché depuis un mois et qui se mourait d'une péritonite consécutive à la grippe).

Au bout d'un mois et demi, la température atmosphérique étant devenue fort douce, la toux devint plus fréquente et plus pénible : les crachats fort rares, transparents, aérés, du poids de 20 gram. en moyenne par jour, n'étaient émis qu'après de nombreux efforts d'expectoration provoqués par une sensation âcre et brûlante.

Frappé de ce fait, M. Delore soupçonna la présence d'un sel ammoniacal. Il fit alors, le 15 mai 1901, dessécher à l'air libre des crachats sur une plaque de verre et découvrit de magnifiques cristaux en feuilles de fougère. Dans les préparations réussies, toute la surface du verre en est couverte. Leurs dimensions varient considérablement, il y en a de très petits, mais d'autres ayant 3 à 4 millimètres de long, sont distincts à la loupe et même à l'œil nu. Ils affectent généralement la forme cruciale. A côté, on voit souvent des cristaux cubiques de chlorure de sodium.

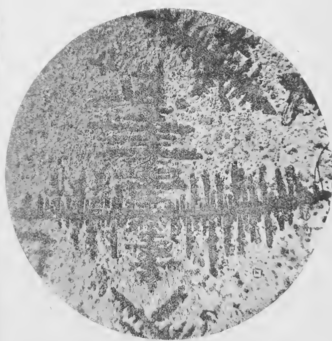


Fig. 1.

M. A. Lumière a bien voulu me faire la photographie microscopique d'un certain nombre de ces cristaux. C'est la plus belle de ces splendides épreuves que j'ai fait représenter ici par la photogravure. (Fig. 1).

Le cristal qui est au centre mesurait 4 millimètres dans sa plus grande longueur.

*

La feuille de fougère est la forme banale des sels ammoniacaux cristallisés ; mais une analyse complète s'imposait.

J'ai fait d'abord une analyse à l'aide du microscope : 1° soumis à la chaleur de 200 degrés, sur la plaque de verre, les cristaux ne sont pas sensiblement modifiés, quoique les substances voisines prennent une teinte brune et sentent le roussi. Une goutte d'eau, surveillée au microscope, dissout les cristaux. Avec une goutte d'acide chlorhydrique étendu cette dissolution est plus rapide ; elle s'accompagne instantanément de nombreuses bulles d'acide carbonique et, après évaporation, le champ du microscope est couvert de cristaux de chlorure de sodium.

Poursuivant cette analyse au point de vue de la présence des sels ammoniacaux, M. Cotton, par simple ébullition des crachats, a produit des vapeurs qui ont bleui le papier de tournesol rougi. Ayant soumis à la distillation 38 gram. de crachats, il obtint 20 cc. de liquide qui lui a donné 3 cc. 5 d'*azote* avec l'hypo-bromite de soude. Dans le résidu, composé de chlorure, de sulfate et probablement de phosphate d'ammonium et de magnésie, il a obtenu 8 cc. 2 d'*azote*. En tout, les 38 gram. de crachats contenaient donc 11 cc.7 d'*azote*.

Voici les conclusions de ces diverses réactions : La disposition en feuilles de fougère ne fait pas partie des 7 types cristallins primitifs ; c'est une forme secondaire et accidentelle que prennent plusieurs sels, parmi lesquels Berzélius signale le carbonate de soude et Robin et Verdeil le chlorure de sodium. La présence des sels ammoniacaux a probablement exagéré le phénomène ; la consistance du mucus a eu une action du même ordre.

La résistance à une forte chaleur prouve que le chlorure de sodium entre pour une bonne part dans leur composition. Le dégagement d'acide carbonique indique la décomposition des carbonates par l'acide chlorhydrique, après quoi on voit de nombreux cristaux de chlorure de sodium, dont la plupart n'ont fait que récupérer le type cubique primitif.

Le passage rapide à la distillation du carbonate d'ammonium démontre que ce sel était à l'état naturel et non combiné dans l'*urée*, car, dans ce cas, la décomposition eût été lente et progressive. Ce sel volatile est dans une proportion un peu inférieure à 1/3, relativement aux autres sels ammoniacaux. A ces sels se sont unis du chlorure de sodium et du carbonate de soude provenant de ce que le sujet absorbait quotidiennement 1 litre d'eau de Vichy, Saint-Louis, contenant 10 grammes de principes minéralisateurs.

Mais complétons l'étude de notre sujet : je répète qu'il a eu depuis plusieurs années des manifestations arthritiques continues. Quoique d'un âge avancé, il fumait 6 fois par jour, abusait du café et du thé ; recourait fréquemment à l'opium pour calmer ses quintes de bronchite, ce qui ne l'empêchait pas de se livrer à un travail intellectuel exagéré.

Au bout du deuxième mois de la grippe, il éprouva une recrudescence de malaises anciens déjà et qui semblaient devoir être mis au compte de l'*urémie* ; en voici simplement l'énumération : du côté des yeux, *photopsie* ; du côté des oreilles, *sifflements* continus, *tintements*, *détonations* d'une façon intermittente, *crépitation* des *osselets* de l'*ouïe* ; du côté de la peau, *prurit* subit, intense, *gouttes de sueur mordicantes*. Du côté des muscles des membres inférieurs, *contractures spasmodiques* partielles et crampes fréquentes ; du côté de la respiration, *rythme* de *Cheyne-Stokes*, bref, indolore, revenant 5 ou 6 fois par jour ; *œdème* sus-malléolaire léger ; atteintes fréquentes et vagues de douleurs *rhumatismales* ou *goutteuses* dans les gaines tendineuses des jambes et des pieds. Disposition au *vertige*. *Digestions* flatulentes. En face de cette série symptomatologique, l'indication capitale était de s'assurer si les reins fonctionnaient bien.

Une première analyse d'urine du matin faite par M. Capitain, chimiste du laboratoire du professeur Bondet a indiqué 18 gram. 256 mm. d'*urée* par litre et 1 gram. 20 c. d'acide phosphorique.

La seconde analyse fut faite par M. Cotton avec l'urine mélangée de la nuit et du matin ; elle lui donna 21 gram. 27 c. d'urée par litre.

Malgré ces analyses rassurantes, je ne voulus pas avoir seul la responsabilité de ce cas épineux et je pris l'avis de M. Bouveret. L'opinion de l'éminent praticien fut nette ; il n'y avait pas *urémie* du moment que les reins éliminaient par l'urine la proportion normale d'urée. Il fallait attribuer les troubles divers à l'action toxique de la nicotine, qui exaltait d'une façon morbide la susceptibilité organique vis-à-vis de l'*urée*, laquelle exécutait son passage normal dans le sang, les sueurs et les crachats de la bronchite.

L'événement donna raison à cette judicieuse appréciation ; un grand bain très chaud et la privation du tabac guérirent la bronchite et tous les accidents disparurent.

Remarques. — Il est prouvé, les cristaux que j'ai obtenus en si grande quantité contiennent des sels ammoniacaux, comme le carbonate d'ammonium volatil à l'ébullition et d'autres que M. Cotton a décélés dans le résidu par le procédé d'Yvon. Quelle est leur provenance ? Il ne peut y avoir aucun doute ; ils proviennent du passage de l'*urée* dans les *crachats bronchiques*.

Cette substance, qui naît de la *désassimilation* des *éléments anatomiques*, par catalyse dédoublante, s'élimine surtout par l'urine, mais les recherches de Robin et Verdeil ont démontré son passage dans toutes les sécrétions ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'elle se rencontre dans les crachats de la bronchite d'un sujet manifestement arthritique. Du reste, cet acte d'élimination supplémentaire s'exerçait d'une façon restreinte et nullement comparable à l'émonctoire urinaire. Le sujet émettait journellement 1 litre 1/2 d'urine ; ce qui correspond à 30 grammes d'urée. Or, d'après nos calculs, 1 litre de crachats en eût contenu seulement 0,80 centigram. mais comme il n'expectorait par jour que 30 gram. en moyenne, il n'éliminait par la surface bronchique qu'une proportion 33 fois moindre c'est-à-dire environ 0,024 milligrammes, quantité tout à fait insignifiante au point de vue de l'équilibre physiologique.

De prime abord, ces immenses cristaux en feuilles de fougère impressionnent et semblent indiquer une forte proportion d'ammoniaque. L'analyse minutieuse démontre que leur masse la plus considérable est constituée par du chlorure de sodium et du carbonate de soude. Le mucus lui-même entre dans leur agencement, car en les soumettant à l'eau, à l'acide chlorhydrique ou azotique, on aperçoit comme une sorte de trame qui persiste et reproduit la silhouette du cristal dissous.

Une autre question à examiner est la suivante : dans quel état les *déchets ammoniacaux* à éliminer abordent-ils la surface bronchique ? Sont-ils à l'état d'*urée* ou de *carbonate d'ammonium* ? Cette dernière opinion a été soutenue autrefois avec éclat par Frerich

qui attribuait l'éclampsie à la toxicité de ce sel. C. Bernard et Picard, tout en prouvant que le carbonate d'ammonium existe dans le sang, lui nient toute propriété malfaisante. Comme on le voit, il y a des points obscurs sur cette question de physiologie pathologique.

Si les principes *azotés* sont apportés par le sang aux bronches à l'état d'*urée* au moment précis de la sécrétion du mucus, comment se fait-il que par l'analyse nous les retrouvons à l'état de *carbonate* ou autres sels d'ammonium ? Cette décomposition de l'urée, par son caractère mystérieux, a toujours eu le don de surexciter l'attention des médecins.

Dans l'urine, l'*urée* est décomposée peu après son émission par le *micrococcus ureæ*. Cette décomposition se fait dans le sang en minime proportion, ainsi que l'ont prouvé Frerich et C. Bernard, mais certaines conditions pathologiques sont sans doute nécessaires (1). Dans le cas présent, on est en droit de penser que la décomposition de l'urée a commencé à la surface des bronches, au début de l'exsudation muqueuse et qu'elle s'est parachevée jusqu'au moment où le crachat desséché a abandonné ses cristaux sur la plaque de verre. Je noterai ici que les crachats frais sont dépourvus d'odeur et que le papier de tournesol rougi, longuement exposé à maintes reprises au courant de l'air expiré, n'a jamais bleui.

Quel a donc été l'agent de transformation de l'urée ? Miquel a démontré que 9 espèces de bactéries jouissaient de la propriété de dédoubler l'urée et que leur action avait jusqu'alors passé inaperçue. Elle est due à une diastase sécrétée par le microorganisme et que Musculus a décrite sous le nom d'*uréase*.

J'ai donc été conduit à faire faire l'examen bactériologique des crachats du malade.

Voici la notice que m'a remise M. Mérieux : 1° quelques tétragènes ; 2° de nombreux amas de microorganismes ressemblant aux *sarcines* ; 3° quelques bacilles disposés en chaînettes et de spécificité non déterminée.

D'autre part, le Dr Bret m'a montré une forte proportion de leucocytes polynucléés, dont quelques-uns d'un volume énorme, en fonction de phagocytose, remplis de quelques granulations d'anthracose et de bactéries.

D'après Parkes, le mucus à lui seul suffit pour transformer l'urée, mais il est évident que celui de notre sujet avait cette vertu à un haut degré puisqu'il contenait des *bacilles* et des *sarcines*, qui ont été spécialement signalées par Miquel comme ayant le pouvoir de provoquer la fermentation ammoniacale de l'urée.

Les *causes* de l'accumulation de l'urée et de l'activité de son élimination sont un chapitre de pathogénie fort intéressant, mais entouré d'obscurités ; il ne m'appartient pas de trancher les difficultés ; je me bornerai à les signaler.

Parkes depuis longtemps a prétendu que l'usage des alcalins et du sel marin facilitait le *départ* de l'urée, en activant la désassimilation des éléments anatomiques.

Quant à l'*accumulation* de ce principe azoté, elle peut être produite par l'emploi des opiacés, d'après Richardson et Lancereaux. On croit généralement que les travaux intellectuels trop intenses produisent le même effet. En outre, les recherches d'Henry et L'Héritier ont démontré que l'urée existait en proportion plus considérable dans le sang des goutteux et des rhumatisants.

(1) Il est incontestable que de nombreux microbes circulent constamment dans le sang et que la phagocytose paralyse la plupart de leurs manifestations.

A l'état normal, le sang de l'homme contient en moyenne 0,013 milligrammes d'*urée* par litre ; l'alimentation double et triple cette proportion, sans inconvénient appréciable. Chez les urémiques, Jacobsen a trouvé 0,10 et même 0,80 centigr., et dans ces cas l'*urée* des urines descend au-dessous du chiffre de 12 gram. tandis qu'un homme bien portant doit en éliminer de 20 à 40 gram. Chez deux malades affectés de *bronchite*, dans le service de M. Rondet, j'ai recherché les *cristaux* en *feuilles* de fougère : je les ai retrouvés chez l'un et chez l'autre, mais ils n'avaient pas l'abondance et la pureté de culture de ceux du sujet de notre observation. Il est vrai de dire que la plupart des conditions n'étaient pas réalisées. Ce sont donc de nouvelles recherches comparatives à faire et une détermination précise des conditions qui font éclore cette flore cristalline bizarre.

Ces conditions, telles qu'elles m'apparaissent, je les résumerai en deux mots : crachats muqueux, transparents, fertiles en microorganismes chez un sujet âgé, arthritique, affecté d'une grippe, sans élévation de température, paraissant localisée dans les bronches de dimension moyenne.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de l'Exposition du Petit Palais « L'enfant à travers les âges ».

Il est naturel que le *Progrès médical*, qui s'occupe avec prédilection de toutes les questions d'hygiène et d'assistance, signale à ses lecteurs cette merveilleuse Exposition de « L'Enfant à travers les âges » qui va bientôt se terminer. Elle répond à cette préoccupation qui n'a jamais pris plus d'intensité que dans ces derniers temps : « Fait-on pour l'enfant tout ce qui est nécessaire ? »

Parmi les nombreuses œuvres destinées à instruire, à moraliser, à éduquer, à préserver les enfants, combien sont ignorées du public ! Combien végètent faute d'argent ! Et alors même qu'elle occupe une place dans cette exposition, ne cite-t-on pas telle œuvre utile au premier chef qui va peut-être disparaître !

Il s'est trouvé un certain nombre de bonnes volontés et de philanthropes actifs qui ont résolu de faire une manifestation brillante en faveur de l'enfance afin de réaliser quelques bénéfices destinés à alimenter les œuvres les plus utiles. Mais le but de cette exposition *sans aucun doute* va plus loin. En excitant la curiosité du Parisien, on l'attire, mais aussi on lui fait connaître les devoirs de la Société envers le jeune âge.

On cherche à apprendre aux riches qui se promènent dans le Petit Palais qu'il y a des sociétés dignes d'attirer leur attention et leur...... argent. On espère amener les égoïstes et les indifférents à sortir de leur inertie systématique ou inconsciente ; enfin, on enseigne à tous ceux qui s'intéressent au sort de l'enfant malheureux ou destiné à l'être, la voie qu'il faut suivre dans tel ou tel cas déterminé.

Et cette dernière catégorie de public n'est pas la moins nombreuse : je connais, pour ma part, nombre de personnes, qui, en face d'une misère à soulager, ne

peuvent que gémir, ignorant totalement où et à qui s'adresser.

Après une visite à l'«Exposition de l'Enfant à travers les âges», les œuvres d'éducation, d'instruction, d'hygiène, d'assistance, de préservation, de patronage, deviendront familières, les ignorants seront instruits, les égoïstes et les indifférents auront un effort moins pénible à accomplir pour se rendre quelque peu utiles. Tel est, en résumé, le but complexe de cette exposition, et grâce à l'activité de M. Rollet et de ses aides, le programme a été absolument réussi.

Il était urgent d'attirer le public, mieux encore, tous les publics. Les organisateurs ont en conséquence multiplié les attractions et fait place aux choses les plus variées. Gratuitement, on entend les concerts les plus brillants, on assiste à des conférences instructives, on peut jouir de projections cinématographiques. Il y a des attraits pour tous. Les expositions de jouets, soldats, poupées, etc.... font la joie des enfants ; une main d'artiste a su grouper des chefs-d'œuvre de tous genres, tant en peinture et sculpture qu'en objets de décoration. Les passions politiques trouvent même un aliment. Les uns sont émus par les vêtements de Louis XVII au Temple, d'autres par les uniformes du prince impérial, son berceau, ses autographes. La foule se complaît à étudier les traits enfantins et souvent grotesques des hommes du jour, et va même jusqu'à essayer d'y démêler des instincts que son opinion leur attribue aujourd'hui. Tout cela est un moyen détourné mais très habile, mais infaillible, pour faire entrer les curieux. C'est la parade, mais pour une bonne cause, car tous les visiteurs, en suivant les galeries, arrivent fatalement à la partie essentielle de l'Exposition dont j'ai déjà parlé, celle où chaque œuvre indique au passant ce qu'elle fait, ce qu'elle a fait et ce qu'elle a l'espoir de réaliser.

On y juge les efforts des philanthropes et des associations charitables, et on en sort convaincu que les sentiments altruistes n'ont jamais cherché plus que maintenant à se faire jour. Je regrette de ne pouvoir même mentionner chacune de ces œuvres, la liste en est trop longue et ce ne serait que la réédition du catalogue vendu en entrant (encore une attraction).

Terminons donc en félicitant aussi bien ceux qui ont pris part à cette manifestation en faveur de l'enfance que ceux qui l'ont conçue et ceux qui l'ont fait réussir. Elle a su grouper et confondre tous les modes de bienfaisance ; on voit côte à côte la charité religieuse et la charité laïque, la bienfaisance privée et l'assistance administrative.

Il y en a qui rêvent la réunion de tous les systèmes d'assistance ; on les traite d'utopistes. Pour une fois, — et sans doute passagèrement — le problème vient d'être résolu et l'honneur en revient à l'Enfant !

G. Paul-Boncour.

Asile de Villejuif. — *Laboratoire de Psychologie expérimentale* de l'*École* des Hautes-Études. Tramway Châtelet-Villejuif. Départ à 1 h. 45. M. le Dr Marie, médecin en chef de l'Asile de Villejuif, fera, le samedi 6 juillet, à 3 heures, une conférence sur « *L'aliéné dans la Société* ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet

La médication cacodylique.

M. A. Gautier insiste sur l'efficacité et l'innocuité du cacodylate de soude employé par la voie hypodermique. La dose énorme de 0 gr. 50 est très facilement tolérée. Par la bouche par la voie rectale, la tolérance est beaucoup moins certaine en raison de la formation d'oxyde de cacodyle, corps très toxique.

M. Gautier rapporte de nombreuses observations de tuberculeux soignés à toutes les périodes. L'augmentation de poids chez quelques-uns a atteint vingt kilogrammes.

Dans la tuberculose, M. Gautier emploie le cacodylate à la dose de 5 centigr. par jour pendant le premier septennaire, puis on interrompt un septennaire, puis on reprend un septennaire et ainsi de suite. Il donne en même temps l'iodure et le bromure de potassium à la dose de 50 centigrammes : il recommande une alimentation riche en phosphates et en fer organique : lait, œufs, cacao, viandes rouges crues.

(Cette communication sera continuée dans la séance suivante).

Recherches bactériologiques sur la syphilis.

MM. Justin de Lisle et Louis Jullien décrivent un bacille spécial, polymorphe : 1° ils ont trouvé ce microbe chez les syphilitiques en phase floride, chez tous ces syphilitiques et rien que chez les syphilitiques ; 2° ce microbe agglutine le sérum des sujets syphilitiques et n'agglutine pas celui des sujets sains ; 3° il détermine chez les animaux de laboratoire des accidents spéciaux et comparables à ceux que nous observons chez l'homme ; 4° il fixe l'alexine spéciale des animaux vaccinés avec les produits syphilitiques ; 5° ses cultures sont sans effet sur les malades syphilitiques ; 6° comme la syphilis de l'homme, nos microbes meurent avec les animaux infectés.

Ce bacille semble donc bien le microbe pathogène de la syphilis.

Bronchopneumonie d'origine nasale.

M. Rendu lit un rapport sur un travail de M. Martin du Magny décrivant des bronchopneumonies à répétition simulant la tuberculose et consécutives à des suppurations chroniques rhinopharyngées. Dues à l'ensemencement direct des bronches par le pus, elles guérissent une fois la suppuration des voies supérieures tarie. M. du Magny rapporte huit cas dans lesquels la guérison a suivi l'ablation de polypes nasopharyngiens, de végétations adénoïdes avec rétention de muco-pus dans le pharynx, ou d'otites suppurées chroniques.

Élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique — Les candidats présentés étaient en 1re ligne, M. Delage ; en 2e ligne, MM. Bureau et Trouessart ; en 3e ligne, MM. Bardet, Gilbert et Merklen.

Au premier tour de scrutin, M. Delage a obtenu 40 suffrages, M. Bureau 39, sur 80 votants.

Au second tour, M. Bureau est élu par 43 voix contre 35 à M. Delage.

Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juin 1901. — Présidence de M. Joffroy.

De la forme rénale de l'ictère acholurique simple. Albuminuries intermittentes. Albuminuries continues. Hémoglobinuries paroxystiques.)

MM. Gilbert et P. Lereboullet montrent qu'un certain nombre de cas d'ictère acholurique simple sont accompagnés de symptômes rénaux qui peuvent passer au premier plan et faire méconnaître l'affection des voies biliaires qui est à leur origine. Les cas les plus fréquents sont ceux qu'ils

ont étudiés en collaboration avec M. P. Londe et où il y a albuminurie intermittente. Celle-ci, plus ou moins marquée, répond tantôt au type de l'albuminurie cyclique, tantôt au type de l'albuminurie digestive, tantôt enfin à celui de l'albuminurie orthostatique. Elle ne diffère d'ailleurs pas par ses symptômes des autres cas d'albuminurie intermittente, et, dans la règle, ne s'accompagne pas de signes de brightisme. Dans quelques cas pourtant, l'épreuve du bleu semble avoir révélé une légère imperméabilité rénale. Aux symptômes de l'albuminurie intermittente peuvent se joindre, mais de manière inconstante, les autres manifestations de l'ictère acholurique, dyspepsie, neurasthénie, douleurs articulaires, hémorragies, prurit, etc. On peut constater aussi l'existence d'accidents hépatiques variés au cours de l'évolution de cette albuminurie intermittente et notamment des poussées d'ictère parfois accompagnées de pseudo-rhumatisme, de purpura, etc. L'étude des antécédents héréditaires révèle d'une part des antécédents biliaires le plus souvent fort nets, d'autre part des antécédents rénaux montrant dans la même famille soit de l'albuminurie intermittente, soit des néphrites avérées. Aussi peut-on admettre une prédisposition individuelle qui, ici comme pour les autres complications de l'ictère acholurique, explique qu'on observe de préférence telle complication plutôt que telle autre. Ces antécédents se retrouvent dans les cas d'albuminuries continues qui ne diffèrent des précédentes que par leur gravité souvent plus grande, et par une imperméabilité rénale souvent plus accentuée démontrée par l'épreuve du bleu. Il peut enfin arriver que certains malades atteints d'ictère acholurique simple depuis plus ou moins longtemps éprouvent des crises d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* sans causes appréciables autres que l'ictère acholurique avec cholémie parfois très accentuée comme dans un cas que présentent MM. Gilbert et P. Lereboullet. Au point de vue pathogénique, il semble que ces divers faits s'expliquent par une action nocive exercée par le foie sur le rein, analogue à celle qu'on observe dans les néphrites biliaires consécutives aux angiocholites graves. Ce n'est pas la bile qui semble ici être en cause, car la cholémie ne paraît pas exercer d'influence fâcheuse sur le rein : peut-être s'agit-il, comme cela a été soutenu pour certaines albuminuries intermittentes, d'albuminurie hépatogène (Teissier) due à un trouble fonctionnel du foie : il semble plus vraisemblable que la lésion rénale, le plus souvent minime, est due à la toxi-infection causée par l'angiocholite chronique légère qui est à la base de l'ictère acholurique simple. Au degré près, le mécanisme serait ici le même que pour les néphrites biliaires graves : ce qu'il importe en tout cas de retenir, c'est le lien pathogénique entre l'ictère acholurique simple et certains accidents rénaux, et la nécessité d'agir par le traitement à la fois sur la cause et sur l'effet.

Adénolipomatose.

M. Launois présente une malade atteinte d'adénolipomatose, avec le collier lipomateux, la tumeur lipomateuse de la nuque et de véritables gigots lipomateux au niveau des épaules. Ces lipomes sont symétriques au niveau des régions ganglionnaires. La malade a encore des tuméfactions sous l'aisselle et dans les aines. Cette affection est plus fréquente chez l'homme que chez la femme : sa pathogénie est encore inconnue.

Méningite cérébro-spinale cyclique.

M. Launois a soigné trois jeunes gens atteints de méningite cérébro-spinale à marche cyclique avec signe de Kernig, disparition des réflexes et troubles urinaires, nécessitant le cathétérisme. En 9 jours, les malades ont guéri, la ponction lombaire n'a pu être faite. M. Launois croit à l'origine pneumococcique de la maladie.

M. Triboulet cite un cas plus grave de méningite cérébro-spinale analogue.

La gastérine dans les affections gastro-intestinales.

M. Legendre, au nom de M. Frémont, présente une observation de diarrhée rebelle guérie par la gastérine en quelques jours. Cette malade, d'après M. Frémont, aurait eu de l'insuffisance gastrique et sa diarrhée serait secondaire. M. Legendre a encore employé avec succès la gastérine dans les embarras gastro-intestinaux prolongés, dans la torpeur gastro-intestinale, dans les troubles digestifs de la grossesse, dans l'entérocolite muco-membraneuse.

M. Rendu a essayé, chez la fille d'un médecin, la gastérine pour des troubles dyspeptiques très graves, tout traitement ayant échoué. L'intolérance de l'estomac était absolue. Elle était survenue à la suite d'une pleurésie ponctionnée récemment : on soupçonnait fort la tuberculose. La gastérine produisit très rapidement la guérison. Il est à noter que la malade n'était pas hystérique.

Pneumothorax chez un diabétique.

M. Letulle cite un cas de pneumothorax chez un diabétique. Ce pneumothorax résultait de la rupture d'une bronche dilatée. Le malade était mort subitement : il n'y avait pas eu apparence de tuberculose du côté où la rupture s'était produite. Au microscope, on put se rendre compte de l'origine tuberculeuse de la rupture qui avait amené la destruction de la plèvre au niveau de la dilatation bronchique.

Méningite tuberculeuse de l'adulte.

M. Souques fait remarquer la difficulté du diagnostic de la méningite de l'adulte. Un homme de 29 ans fut atteint à deux reprises d'hémiplégie flasque du côté droit. Ce malade avait soigné sa femme morte de tuberculose pulmonaire et avait été atteint de rhinite chronique à gauche. L'examen du liquide céphalo-rachidien fut pour le diagnostic de méningite tuberculeuse. Des inoculations de ce sérum à des cobayes détermina la tuberculose. Le malade mourut, l'autopsie ne put être pratiquée.

M. Bourcy a observé une méningite tuberculeuse avec début délirant pouvant faire croire à un cas de délirium tremens : la ponction lombaire a permis de faire le diagnostic.

M. Faisans signale aussi plusieurs cas de méningite tuberculeuse.

M. Laignel-Lavastine fait part de nombreuses recherches sur le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux.

M. Simonin relate un cas de *paralysie* de la troisième et de la sixième paires crâniennes survenue le troisième jour d'une rougeole chez un adulte. Cette paralysie semblait résulter d'une névrite périphérique toxi-infectieuse.

M. Hirtz lit l'observation d'un cas de phlegmon périnéphrétique double consécutif à une angine à streptocoques à début d'apparence typhoïdique.

J. Noir.

Séance du 28 juin 1901. — Présidence de M. Joffroy.

M. Mathieu expose les bons résultats qu'il a obtenus par l'emploi de la gastérine, suc gastrique de chien, dans divers cas d'hypochlorhydrie ou de diarrhée.

Diarrhée chronique d'origine gastrique.

M. Soupault signale un certain nombre de cas où l'apepsie ou l'hypopepsie entretenaient la diarrhée chronique. Ces diarrhées furent rapidement améliorées par la limonade chlorhydrique. C'est de la même façon qu'agit la gastérine dans la diarrhée chronique. M. Soupault fait remarquer que, dans l'hypochlorhydrie, l'estomac se vide très rapidement et les aliments peu modifiés excitent et irritent l'intestin.

Lésions du cervelet.

M. Galliard rappelle que la malade qu'il croyait atteinte de tumeur du cervelet étant morte, il n'a trouvé à l'autopsie qu'une faible exostose sans lésion de la dure-mère.

M. Larmoyez insiste sur l'absence absolue de symptômes permettant de poser le diagnostic de lésion du cervelet.

M. Achard signale un cas de tumeur du cervelet qui, au début, fut prise pour une méningite tuberculeuse.

Sclérodermie et péri-arthrite.

M. Hirtz présente un malade atteint de sclérodermie diffuse avec une périarthrite de l'articulation coxo-fémorale

droite. Ce malade fut pris d'abord de douleurs internes de la cuisse droite analogues aux douleurs de la sciatique ; ces douleurs furent si vives que M. Hirtz songea à la possibilité d'un sarcôme du fémur. Il présente un épaississement considérable de la peau de l'abdomen et du thorax.

Syphilides pigmentaires.

M. Balzer présente un cas de syphilis pigmentaire dont les taches présentent à leur centre de légères papules.

Contracture et athétose.

MM. Tripoulet et Leduc présentent un jeune homme atteint d'une maladie infectieuse grave dans son enfance à 3 ans, qui fut à la suite, atteint de hémieparésie droite. Plus tard, survint de la contracture du membre supérieur droit et de la main avec mouvements athétosiques. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Ce malade se servait de sa main droite et n'avait pas de mouvements athétosiques, il y a un an. Ces accidents sont survenus à la suite des pratiques d'un magnétiseur.

MM. Huchard et Bergougnoux présentent un cœur avec large *communication des deux oreillettes* et rétrécissement de l'artère pulmonaire. Cette malade est morte d'accidents rénaux.

Cancer primitif de la grosse bronche droite.

MM. Merklen et Girard ont observé un cas de cancer primitif de la grosse bronche droite. Le malade, âgé de 45 ans, fut pris de dyspnée avec expectoration sanglante, et plus tard survinrent du cornage et des accès de suffocation. Le poumon droit était atteint. Le malade mourut subitement. A l'autopsie on trouva un cancer de la grosse bronche faisant saillie dans la trachée. Le poumon était le siège de plusieurs noyaux épithéliomateux secondaires du poumon. Histologiquement on avait affaire à un épithélioma métatypique.

M. Menétrier a étudié les cancers des bronches et en a réuni une vingtaine de cas. Ces cancers se forment ordinairement au niveau du hile. Il croit que, cliniquement, il est difficile de faire la distinction du cancer des bronches du cancer du poumon : Dans ce dernier cas, l'adénopathie secondaire peut comprimer les bronches et déterminer de la sténose et du cornage.

Coagulation du sang.

M. Milian signale des causes d'erreur dans l'examen de la coagulation du sang. Le sang se coagule irrégulièment même provenant d'une même piqûre. D'autre part, à la fin d'une hémorragie, le caillot, d'abord non rétractile, le devient. M. Milian indique des procédés permettant d'éviter ces erreurs et montre des tracés intéressants permettant de comparer les caractères des hémorragies provoquées par une piqûre dans diverses maladies.

Hémorragie intestinale dans le mal de Bright.

M. Souques rapporte un cas d'hémorragie intestinale au cours du mal de Bright. Il s'agissait d'un homme de 57 ans, présentant de l'albuminurie et de légers symptômes d'urémie. Il mourut très rapidement. A l'autopsie, on constata une hémorragie dans l'iléon. Le rein était atteint de néphrite, le cœur était très volumineux. Ces hémorragies sont rares, tantôt c'est une hémorragie abondante, tantôt des hémorragies des sentariformes. Dans le cas présent, il n'y avait pas d'ulcération ni de thrombose.

M. L. Guinon a observé un malade atteint de néphrite aiguë qui mourut très rapidement en urémie avec des hémorragies gastriques.

Traitement de la sciatique par l'injection épidurale de cocaïne.

M. Souques signale le cas d'une sciatique douloureuse datant de cinq mois qui a guéri depuis 35 jours à la suite de deux injections épidurales de cocaïne d'un centigramme. M. Souques croit que la cocaïne a agi sur les racines postérieures, car la malade souffrant encore de douleurs hémiplégiques d'origine cérébrale, ces dernières n'avaient pas été soulagées.

M. Achard sans mettre en doute l'action de l'injection extra-arachnoïdienne préfère l'injection intra-arachnoïdienne.

M. Widal trouve que la sédation durable de la douleur est plus persistante avec l'injection épidurale, qui est beaucoup plus bénigne et peut être renouvelée, sans inconvénient, sans irritation méningée.

M. Achard a fait quatre à cinq injections intra-arachnoïdiennes chez un malade à quelques jours d'intervalle sans inconvénient. Il pense que la faiblesse des doses de cocaïne injectées ne produit qu'une très faible irritation des méninges. J. N.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 *juin* 1901. — Présidence de M. Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 15.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Laquerrière, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire ; 2° lettre de M. le Dr Picqué s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, retenu chez lui par une piqûre anatomique, du reste en bonne voie de guérison. — M. le Président, au nom de la Société, adresse à M. le Dr Picqué ses meilleurs souhaits de prompte guérison.

M. Jullien lit son rapport sur les travaux de M. le Dr Collin, de Saint-Honoré-les-Bains.

Rapport sur les travaux et les titres de M. le Dr Collin (de Saint-Honoré-les-Bains.)

Par le Dr Jullien.

M. le Dr Eugène Collin est venu lire à cette tribune un important mémoire sur les propriétés des eaux de Saint-Honoré. Suivant notre confrère, ces eaux peuvent dégager l'inconnu et faire la preuve des syphilis douteuses : unies au traitement spécifique, contribuer pour une large part à la guérison des affections secondaires et tertiaires chez les adultes comme chez les enfants, enfin offrir un moyen sûr de diagnostic entre la scrofule et la syphilis, vu que rapidement bienfaisantes dans la scrofule, elles aggravaient au contraire la syphilis au début de leur application : quatre observations confirment cette manière de voir.

La notoriété de notre confrère et la haute autorité que son caractère et ses importants travaux lui ont dès longtemps acquise, ne permettent pas de mettre en doute ses assertions parfaitement d'accord d'autre part avec tout ce que nous savons sur les effets généraux du soufre et de l'arsenic, car, ne l'oublions pas, c'est à ces deux principes que les eaux de Saint-Honoré doivent leur vertu. Aussi, me paraîtrait-il superflu d'entamer à nouveau devant vous, en cette finale séance d'été, une question qui a tant de fois occupé les académies.

Il me semble plus intéressant de vous parler de notre cher récipiendaire, et de vous signaler un de ses plus beaux titres à la gloire.

Notre confrère est bien connu pour le fameux *froissement arthritique*, que la plupart des cliniciens appellent à juste titre *bruit collinien*.

C'est un signe simulant le râle crépitant du premier degré de la pneumonie, que l'auteur n'a jamais trouvé chez les malades au-dessous de 13 ans, qu'on ne peut mieux se représenter qu'en pressant entre deux doigts une mèche de cheveux au voisinage de l'oreille, qui ne se produit que pendant l'acte respiratoire et, dans la grande majorité des cas, sur la ligne axillaire.

Ce bruit est produit par le contact successif des parois pleurales localement desséchées, et peut cesser après quel-

ques fortes inspirations. si la pleurésie sèche est très limitée, ses parties desséchées allant se lubréfier pendant les fortes inspirations sur les parties avoisinantes et humides. Voilà sans doute une des raisons de la difficulté que certains confrères éprouvent à le trouver, aussi est-il recommandé de commencer l'auscultation par les deux régions axillaires, la droite d'abord. Si cette précaution n'a pas été prise, il faudra laisser reposer le malade pendant 5 à 10 minutes et ausculter de nouveau en mettant immédiatement l'oreille sur le lieu d'élection. Par son heureuse pratique, ses innombrables observations et ses publications répétées, notre confrère a ainsi établi au-dessus de toute contestation ce trait nouveau ajouté au signalement de l'arthritisme et permet de discerner la nature, aussi bien que de tracer le traitement de nombre d'affections viscérales obscures. Un fait entre tous est intéressant. Un homme de 45 ans éprouve de telles pesanteurs du côté du bassin que la marche lui est devenue presque impossible : on applique des sangsues, des vésicatoires au périnée, on pense à un calcul, hypothèse controuvée par un examen local, finalement le malade vient à Saint-Honoré, où notre consciencieux collègue lui avoue l'impuissance de ses eaux, et son incompétence en matière d'affection vésicale. « Eh bien ! docteur, enlevez-moi un rhume que je traîne depuis des années ». Collin ausculte, trouve un froissement typique, remonte aux antécédents et y trouve le rhumatisme : la guérison n'était plus dès lors qu'une affaire de quelques semaines.

Je sais un cas beaucoup moins difficile, mais dont l'issue me fut infiniment précieuse, c'est celui de votre infortuné rapporteur, qui pâtit pendant de longues années d'une congestion pulmonaire arthritique, chronique, essentiellement, déplorablement récidivante. Un maître de l'hôpital Saint-Louis posa le diagnostic en s'inspirant des travaux de Collin, et en recommandant de l'aller voir à Saint-Honoré. C'est ainsi que vers 1882, je me dirigeai vers cette belle station, et que je me confiai au maître, bientôt devenu mon ami. Ces heureuses prédictions se réalisèrent, et c'est maintenant une double dette de reconnaissance que je paie aux thermes bienfaisants et à leur dieu aussi rempli de bonté que de science.

Messieurs, nous devons accueillir la candidature de M. Collin comme fort honorable pour nous, et lui ouvrir toutes grandes les portes de notre compagnie.

Les conclusions du rapport de M. Jullien sont adoptées. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

M. Buret lit, au nom de M. Coudray, un rapport sur les travaux de M. le Dr Théodore Rousseau, de Mexico, candidat au titre de membre correspondant national.

Rapport sur la candidature de M. le docteur Théodore Rousseau (de Mexico), au titre de membre correspondant national, par M. Paul Coudray.

Dans la séance du 8 juin dernier, M. le secrétaire général a lu un travail du Dr Rousseau, présenté à l'appui de sa candidature. Ce travail intitulé : « Salicylate de soude et maladies du foie », montre toute l'utilité qu'on peut tirer du salicylate de soude dans le traitement des maladies calculeuses du foie : les observations de notre confrère viennent notamment à l'appui de l'opinion de Chauffard exprimée dans la *Semaine médicale* du 2 janvier 1901 et d'après laquelle le salicylate de soude à la dose de 1 gramme 50 à 2 grammes par jour avec addition de benzoate de soude à égale quantité, constituait un moyen extrêmement précieux pour éviter le retour des coliques hépatiques.

Ce travail du Dr Rousseau montre qu'il lit nos journaux. Nous voyons dans son article une recherche historique et scientifique du meilleur aloi.

Ajoutons que le Dr Rousseau, docteur de la Faculté de Paris en 1881, s'est fixé à Mexico, il y a 11 ans, qu'il y est très honorablement connu, en particulier dans la colonie française de cette région. *Conclusions* : L'éloignement de notre confrère nous empêche d'indiquer tous les titres qu'il présente à vos suffrages. Mais, sa thèse, quelques articles parus depuis un certain nombre d'années dans la *Semaine médicale*, et enfin le très intéressant travail qu'il a communiqué, indiquent suffisamment que le docteur Th. Rousseau fera bonne et utile figure dans notre société. Je vous demande donc de vouloir bien l'y admettre à titre de membre correspondant national.

L'élection aura lieu, comme pour M. le Dr Collin, dans la prochaine séance.

M. Druelle, interne de Saint-Lazare, lit une communication intitulée : **Chancres du clitoris** (*Sera publiée*).

M. Jullien lit, au nom de M. Delore, de Lyon, un travail sur l'élimination de l'urée dans les crachats de la grippe (Voir page 5.)

La Société remercie le Dr Delore de son intéressante communication dont elle a écouté la lecture avec grand intérêt.

M. Suarez de Mendoza envoie à la Société un télégramme pour s'excuser de ne pouvoir assister à la séance, ses trois enfants étant malades, l'un d'eux très gravement. La Société adresse à M. Suarez de Mendoza le témoignage de sa sympathie.

M. Edmond Vidal fait une communication sur les différents modes d'administration des extraits d'ovaire. (*Sera publiée*).

La séance est levée à 5 h. 15.

Le Secrétaire-général, F. Buret.

L'un des secrétaires annuels, H. Monel.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 juin 1901.

L'acétate double de théobromine et de soude.

M. d'Estrée (Bruxelles) démontre que la théobromine est un de nos meilleurs diurétiques. Contrairement à la caféine, elle n'a qu'une faible action cardio-vasculaire, mais exerce directement son action sur les reins. Pour remédier à la difficulté de son absorption, on a recours au salicylate double de théobromine et de soude, ou diurétine, qui a l'inconvénient d'irriter les voies digestives. M. d'Estrée a essayé l'acétate double de théobromine et de soude, ou azurine, sel très soluble, beaucoup moins caustique que la diurétine, et il en a retiré d'excellents résultats. Administrée à la dose de 0 gr.25 à 1 gr. par jour, l'azurine exerce une action diurétique très marquée : l'urine devient non seulement plus abondante, mais contient aussi plus d'urée et de sels urinaires.

Les trois hypertensions.

M. Huchard admet trois types d'hypertension, dont l'importance clinique est considérable : l'hypertension artérielle, pulmonaire et portale.

La première est connue depuis longtemps. Elle précède et produit la sclérose : elle constitue à elle seule la période de la présclérose. En instituant à cette période un traitement préventif énergique, on peut éviter le développement des cardiopathies artérielles et des autres affections liées à l'artériosclérose. Ce traitement a pour base le régime lacto-végétarien, l'usage de certains médicaments hypotensifs, tels que le veratrum, les nitrites, l'opothérapie hépatique et thymique, et le massage.

L'hypertension pulmonaire s'observe dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux et dans les affections gastriques. Elle provoque le syndrome de l'arythmie palpitante qui est aggravé par le digitale.

L'hypertension portale, tombée à tort dans l'oubli, est de connaissance ancienne. C'est la pléthore abdominale des anciens auteurs, cause fréquente du gros foie, de troubles intestinaux, de bronchites à répétition, du rein torpide, des hémorrhoïdes, de l'obésité, etc. En immobilisant dans l'abdomen une grande masse de sang, la stase portale produit des symptômes variés relevant à la fois de l'anémie, de l'hypotension artérielle et d'une auto-intoxication par insuffisance hépatique.

Le massage abdominal rend ici des services très précieux : ce massage doit être à la fois profond et doux.

P. Rellay.

REVUE DES MALADIES DE LA DIGESTION

Rédacteur spécial : M. le Dr **Paul CORNET**.

I. Ueber die chronische Obstipation (1).

Il s'agit ici de la constipation chronique *spasmodique*, par opposition à la constipation par *atonie*, que le Dr Westphalen a déjà traitée antérieurement (2).

Pathogénie. — La constipation par spasme se voit de préférence, mais non exclusivement, chez les nerveux, hystériques, neurasthéniques, et très fréquemment dans la ptose abdominale, laquelle prédispose tant à toutes sortes de névroses des organes digestifs. On peut définir cet état de constipation, par l'arrêt des matières fermes dans les anses intestinales, lesquelles les retiennent par contraction et en paralysent, au lieu de la favoriser, la migration.

Symptomatologie. — Dans l'atonie, le pouvoir d'évacuation donne des selles non en rapport quantitatif avec la nourriture ingérée ; tel n'est pas le cas dans le spasme, à moins que ces deux variétés de constipation chronique, ne soient, comme souvent, combinées l'une avec l'autre. Dans la constipation chronique spasmodique pure, la défécation équivaut quantitativement à l'alimentation, et pourtant les selles sont difficiles et réclament une forte pression abdominale. Les malades déclarent souvent que dans l'acte de déféquer il semble que l'intestin n'y est pour rien. Il faut toutes sortes d'efforts, la position accroupie, un long temps, et ces constipés sont plus ou moins épuisés, se plaignent de mal de tête et de vertige, et n'ont pas la sensation de soulagement, comme si, contrairement au fait, l'évacuation n'était pas complète. Cette illusion distingue la constipation spasmodique de l'atonique, dans laquelle, au contraire, les malades, après une selle, se sentent plus légers, comme si l'intestin était complètement débarrassé ? Une autre différence très caractéristique réside dans la nature des fèces. Dans l'atonie, les matières ont la forme de noisettes ou de billes agglomérées en cylindres, avec une dureté et une siccité surprenantes, ou parfois recouvertes d'une couche de matière muco-mucilagineuse : dans le spasme, la consistance des matières est normale, avec 75 % d'eau, contre 60 % dans l'autre constipation : mais la forme est habituellement très mince, allongée, du diamètre d'un doigt ou d'un crayon, parfois aplatie. Chez certains malades, les matières sont cannelées à leur surface, muqueuses, visqueuses, intus et extra. Ne pas confondre la forme spasmodique pure avec cette défécation anormale ou fragmentaire (Boas), dans laquelle le besoin se répète d'aller à la garde-robe de 3 à 8 fois et plus par jour. Autres symptômes se rapportant en partie à l'état nerveux général ; gêne particulière autour de l'ombilic, plus rarement une vraie douleur, pas d'entéralgie véritable, plutôt une sensation de mal indéterminé, rongeant, brûlant, déprimant, indépendant de l'alimentation, ne survenant parfois qu'après la défécation ou augmentée par cet acte. Objectivement, le ventre est uniformément rentré, rarement en forme de bateau : par la palpation et la percussion, on reconnaît les anses en contraction, et non rarement le côlon qui roule comme une corde sous le doigt, puis une tympanie locale, souvent une sensibilité très grande ou douloureuse des organes abdominaux, particulièrement dans la région cæcale, surtout dans le parcours de l'aorte abdominale, et spécialement en un point, à gauche et au niveau de l'ombilic, où peut siéger le ganglion aortique du sympathique (3). On constate encore chez ces constipés par spasme, des signes de neurasthénie ou d'hystérie (exagération des réflexes tendineux et vaso-moteurs, absence de réflexe pharyngien, stigmates hystériques, etc.) ou le tabes dorsalis.

Conclusions à tirer de la symptomatologie et de la pathogénie. — Pour M. Westphalen, la constipation spasmodique est, le plus souvent, un symptôme de neuroses fonctionnelles, et plus rarement, d'affections organiques du système nerveux. Elle est attribuable à une exagération anormale de l'excitabilité intestinale, laquelle provoque par voie réflexe une contraction tonique de la musculature.

Thérapeutique. — Le traitement de la cause est d'un excellent effet : cure au lit, massage, séjour dans les montagnes, etc. Par contre, les eaux fortement minérales sont contre-indiquées : Carlsbad, Marienbad, Franzensbad, Vichy, etc.). Il est des cas exceptionnels et difficiles à expliquer, où on constate une amélioration ; mais celle-ci est à rapporter dans d'autres cas à l'heureuse influence sur l'état général, au changement d'air, etc.

L'hydrothérapie est à recommander, surtout sous forme de douches chaudes sur l'abdomen, et sous faible pression, pour calmer l'hyperesthésie des nerfs intestinaux : la nuit, on peut employer des compresses chaudes. Il est bon, dans le cours du traitement, d'abaisser peu à peu la température des douches et d'augmenter en même temps la pression, mais en surveillant le poids du corps, qui, pour le moins, ne doit pas varier. La diète a une grande influence, surtout quant au régime cellulosique plutôt végétal, bien que la théorie semble le contre-indiquer puisqu'il s'agit d'une hyperexcitabilité de la musculature intestinale. Il faut citer les bons effets des lavements d'huile, et de l'ingestion de petites quantités d'huile (huile d'olives, de sésame, huile des conserves de sardines). Enfin, les préparations d'opium, de belladone, conviennent mieux que les clystères, ainsi que les bromures, surtout associés à de petites doses d'hydrate de chloral.

1) *Arch. f. Verdaunngskrankeiten*, 1901, H. 21 et 2, p. 28.
2) *Ibidem*, Bd. VI, H. 2, p. 161.
3) Cette localisation de la sensibilité à la pression a déjà été mise en relief par Burkart, pour le diagnostic des neuroses de l'intestin (*Zur Pathol. der Neurasthenica gastrica, Bonn*, 1882.

BIBLIOGRAPHIE

Accouchements et maladies des femmes en couches, par Gaulard et V. Bué. (Collection des Manuels de Thérapeutique, 1 vol., Vigot, 1901.)

Voici un admirable petit volume, où se trouve réalisé le problème de réunir en 600 pages tout ce que le médecin-accoucheur doit savoir de thérapeutique. Les auteurs consacrent, tout d'abord, une partie, assez courte, de leur ouvrage, à l'étude des présentations : il s'agit là de mécanique obstétricale et non pas de thérapeutique : par contre, la délivrance est longuement étudiée avec tous ses accidents et toutes ses complications. Puis, chacun des appareils est passé en revue, aussi bien le tube digestif que les articulations. La grossesse, en effet, modifie, plus ou moins, toutes les fonctions de l'organisme, et imprime à chaque affection un caractère particulier, nécessitant un traitement à part. L'éclampsie est très soigneusement traitée : on y montre comment le traitement doit être basé sur ce que nous savons de la pathogénie de cette maladie. Un important chapitre est consacré au traitement de l'infection puerpérale, traitement qui a été tant modifié dans ces dernières années. Enfin, l'étude de la thérapeutique des nouveau-nés termine ce livre. C'est un manuel, mais un manuel complet qui rendra, à tous, les plus grands services.

Traitement médical des maladies des femmes, par Albert Robin et Paul Dalché, 1 vol. Rueff, Paris, 1900.)

Les auteurs de cet ouvrage écrivent en tête de leur préface : « Le livre s'adresse aux étudiants et aux praticiens : tout médecin à notre époque, doit connaître la gynécologie au même titre que les autres branches de la pathologie. » Et c'est pour faciliter à tous cette connaissance que MM. Robin et Dalché ont réuni en un livre tout ce qu'il faut savoir de médecine concernant les maladies des femmes. Il y a eu, voilà déjà plusieurs années, un engouement opératoire qui a fait opérer nombre d'affections gynécologiques : or, une opération n'est jamais chose négligeable : de plus, il est bien des cas où elle peut être avantageusement évitée : ces cas, dont la fréquence augmente à mesure que l'on connaît mieux les causes, relèvent de la gynécologie médicale. En première ligne, les auteurs consacrent un long chapitre au traitement des fausses utérines : celles-ci sont légion, les troubles relèvent, suivant les cas, d'affections digestives, circulatoires, rénales, nerveuses, etc....

AVIS IMPORTANT

A nos Abonnés et à nos Lecteurs.

La collection des **ARCHIVES DE NEUROLOGIE** (1800-1900), *y compris l'abonnement de* 1901, *est vendue* **150** *fr., prise dans nos Bureaux.*

QUESTIONS DU JOUR

Assistance, traitement et éducation des enfants arriérés et nerveux.

Les enfants *normaux* malades ont été l'objet de créations multiples. Par exemple, pour les enfants scrofuleux, rachitiques, tuberculeux, on construit chaque année des sanatoria. Mais, les enfants réputés *anormaux* sont moins bien partagés, surtout ceux qui composent le groupe le plus considérable, les *idiots intellectuels et moraux* (pervers et instables). Il ne se passe pas de jour sans que les feuilles politiques n'enregistrent des actes délictueux commis par eux ou dont ils sont les victimes : beaucoup d'« enfants martyrs » sont des malades au point de vue mental ou moral.

La *Petite Gironde* du 11 septembre, sous ce titre : *L'odyssée d'une fillette*, raconte que Madeleine Chauvet, âgée de 11 ans, avait été confiée par le directeur de l'hospice de la Rochelle à une ménagère de Croix-Chapeau, que celle-ci l'ayant envoyée faire une commission à l'extrémité du village elle ne revint plus. Après recherches, on découvrit l'enfant rôdant sur la route de Dompierre. *Elle ne paraît pas jouir de toutes ses facultés intellectuelles.*

Le même journal, parlant des affaires jugées à l'audience correctionnelle d'Angoulême, cite deux cas analogues. Le premier concerne un enfant de treize ans, domestique, qui avait placé des tas de pierres sur la voie errée au pont du Chemin-Vert. « Cet enfant a l'aspect inintelligent, répond à peine à l'interrogatoire ; c'est un petit malheureux qui n'a pas compris certainement la gravité de son acte. » Le second cas se rapporte à un enfant de *neuf ans* qui, lui, depuis plusieurs années déjà, a la manie du vol. Il comparaît pour un nouveau délit.

Ces trois faits prouvent la nécessité d'hospitaliser les enfants anormaux. La fillette était une proie qui s'offrait sans défense à la lubricité. Le premier garçon a failli causer un accident de chemin de fer qui, fatalement, aurait fait des victimes. La manie du vol (kleptomanie) du troisième peut aboutir à des crimes contre les personnes. Multiplier ces faits serait facile.

Aujourd'hui, grâce à l'active propagande faite par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, depuis bientôt 25 ans, la question prend corps, malheureusement plus à l'étranger, où ses travaux sont appréciés, qu'en France, où, cependant, est né le système de traitement et d'éducation de ces enfants déshérités. Aux médecins qui, jusque dans ces derniers temps, étaient seuls à s'en occuper, se sont ajoutés quelques pédagogues instruits. Et la situation des enfants anormaux (idiots, imbéciles, arriérés, etc.) a été l'objet de rapports très intéressants, de discussions sérieuses au *Congrès de la Ligue de l'enseignement*, aux *Congrès internationaux d'Assistance publique* et de *Psychiatrie*. A ces enfants, victimes de l'hérédité nerveuse (1) ou spécifique, de l'alcoolisme ou des accidents de la grossesse et de l'accouchement, la société doit venir en aide, d'abord parce qu'ils sont incapables de subvenir à leur existence, sont dans leur famille une occasion de trouble, une lourde charge ; puis, parce que leur maladie les pousse à commettre des actes délictueux, ou qu'ils peuvent être des instruments de crimes pour des criminels, ou enfin servir inconsciemment à assouvir les passions de brutes, d'où grossesse et nouvelle charge pour la société. Il faut donc hospitaliser ces enfants, et l'argent consacré à leur hospitalisation sera, certes, mieux employé qu'en frais de justice, de prison et de correction.

Mais il y a encore mieux à faire pour eux. On doit les soigner, les traiter, les éduquer. Ce n'est que par exception que les plus profondément frappés sont incurables. La plupart sont susceptibles d'amélioration à des degrés divers, même jusqu'à l'état normal. L'expérience l'a démontré.

A l'appui, laissant de côté ce qui se fait à l'étranger, il suffira de rappeler à grands traits la pratique de la section des enfants de Bicêtre pour les familles pauvres et de l'**Institut médico-pédagogique**, à Vitry-sur-Seine, près Paris, pour les familles riches.

Prenons, comme exemple, un enfant des plus malades, malpropre, ne marchant pas, incapable de s'aider de ses mains, par conséquent de manger, de se laver, de s'habiller seul, ne prononçant aucun mot, et voyons ce qu'en fera le *Traitement médico-pédagogique*.

Par une observation attentive de ses besoins, et en le plaçant à des heures régulières sur le vase, on le rend propre. Avec les exercices de la balançoire-tremplin, des barres parallèles, on lui apprend à se tenir debout. Avec le chariot ou en le tenant sous les bras, on parvient à le faire marcher. Arrivent alors les exercices des échelles et des ressorts, (*l'éducation de la main*), qui le préparent à apprendre à se déshabiller, à l'habiller, à se laver la figure et les mains, à employer la cuillère, la fourchette et le couteau.

Notre enfant a fait, alors, de grands progrès, puisqu'il est propre, marche seul, sait s'habiller, se nettoyer et manger seul : il n'a plus besoin d'être aidé, il suffit à ses besoins immédiats. Tous les procédés dans ce but sont complétés par le *massage*, les *frictions stimulantes*, les *bains* et l'*hydrothérapie*, sans compter les médications appropriées à chaque cas. L'éducation du *toucher*, de la *main* est accomplie. Il faut maintenant passer à l'*éducation des autres sens* et de la *parole*. L'énumération des moyens mis à contribution serait trop longue. Mentionnons seulement les projections à la lumière oxydrique des lettres de l'alphabet, des chiffres, des figures géométriques, d'images graduées d'animaux ou d'objets divers.

La parole commençant à se développer, l'enfant pouvant *nommer* les personnes et les objets usuels, on passe aux *leçons de choses* portant sur les différentes parties du corps, de l'habillement, sur le mobilier du dortoir et du réfectoire, sur les aliments, etc. Ensuite ont lieu les leçons, à Bicêtre, dans les jardins, à l'*Institut médico-pédagogique*, dans les jardins et le parc. Pour faciliter ces leçons de choses, les fleurs, les arbustes, les arbres, les carrés de légumes, etc., sont pourvus d'*étiquettes* nominatives (1). Un *tableau roulant* permet au maître de compléter les explications.

Au point où nous sommes, nous n'avons plus affaire à l'*être végétatif* du début, mais à un enfant qui s'élève d'échelon en échelon vers l'état normal. C'est alors que viennent les notions d'*instruction primaire* où prédomine toujours l'enseignement objectif. Chaque jour il y a une leçon de *chant*. Aux exercices physiques s'ajoutent la gymnastique des mouvements, aux échelles convexes, horizontales, avec les haltères, etc., la *danse*, et plus tard, *l'escrime*.

Les *jeux*, sous des formes variées, les *promenades*, des *conférences* avec *projections*, contribuent à développer l'intelligence des enfants. Enfin notons l'*enseignement manuel* : menuiserie, serrurerie, typographie, brosserie, vannerie, paillage, cannage, cordonnerie et couture.

Pour certaines catégories, on a recours aux frictions, au massage, aux exercices des jointures. Tous les enfants prennent d'un bout de l'année à l'autre un ou deux grands bains et un bain de pied par semaine, des douches d'avril à novembre et un certain nombre pendant toute l'année.

C'est à l'ensemble de ces procédés, complétés par le *traitement moral*, que M. Bourneville donne le nom de TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE. Il doit être institué dès qu'on a constaté les premiers signes de l'arriération intellectuelle ; on ne redresse pas un vieil arbre. Comme il s'agit là de *malades*, le rôle du médecin, dans les établissements de ce genre, qui devraient porter le nom d'*asiles-écoles*, est naturellement prédominant. Les instituteurs, les chefs d'ateliers, auxiliaires indispensables, doivent se guider d'après les observations médicales. Il faut que les enfants soient occupés et surveillés depuis le lever jusqu'au coucher.

Grâce à sa méthode, le Dr Bourneville enregistre chaque année des résultats remarquables et à Bicêtre et à l'*Institut médico-pédagogique*. Ce dernier établissement, situé au milieu d'un parc superbe, dans des conditions hygiéniques parfaites, reçoit des enfants indisciplinés, nerveux, instables, choréiques, hémiplégiques ou enfin des enfants atteints d'*accidents convulsifs*. Ils sont répartis par catégories, selon leur maladie et leur sexe.

Des renseignements sommaires qui précèdent, il résulte que les familles fortunées qui ont la douleur d'avoir des enfants arriérés ou nerveux sont en mesure, par un traitement médico-pédagogique bien dirigé et suffisamment prolongé, d'obtenir l'amélioration et même la guérison de leurs malheureux enfants : c'est là une véritable consolation. Il en résulte aussi que, en ce qui concerne les enfants des familles pauvres ou peu aisées, chaque département a le devoir de créer pour eux des asiles-écoles ; c'est là une réforme qui s'impose en France, si nous ne voulons pas rester plus longtemps en arrière des autres pays civilisés.

Dr FREEMANN.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0 0 prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

---

(1) L'influence de l'*hérédité* est incontestable. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les observations insérées dans les 20 volumes des Comptes rendus de Bicêtre. Mais il est certain qu'elle peut être atténuée, sinon tout à fait supprimée, dans un certain nombre de cas, par une médication, une hygiène et une éduction appropriées.

(1) Tous les jardins publics devraient être organisés de la même façon. C'est ce qui existe dans les parcs de certains pays, entre autres à New-York, etc.

en traite la cause et les troubles disparaissent. Puis vient l'étude thérapeutique des accidents de la puberté et de la ménopause. Enfin, chaque maladie de l'appareil génital est soigneusement étudiée. Une partie capitale de l'ouvrage est consacrée à l'hydrothérapie, partie due à la très haute compétence de M. Robin en ces matières.

Consultations sur les maladies des femmes, par A. LUTAUD. (1 petit vol. de 250 pages, chez Rueff, Paris, 1900).

L'auteur s'est proposé comme but de réunir, dans un petit volume, les indications thérapeutiques médicales les plus importantes concernant les affections gynécologiques. Aussi, trouve-t-on, à chaque page de cet ouvrage, de nombreuses formules pour injections, ou attouchements, ainsi que tout ce qui concerne le traitement de l'état général. Ce petit manuel se termine par un chapitre longuement développé intitulé « Considérations pratiques sur l'examen gynécologique », où le praticien pourra puiser de très utiles renseignements. Cyrille JEANNIN.

VARIA

Incinération.

Le 18 février 1901, a eu lieu la première incinération à l'appareil crématoire de la ville de Reims. Cette première opération faite à titre d'essai, en présence de M. le Sous-Préfet, des membres de l'administration municipale, du Conseil d'hygiène, a parfaitement réussi. Néanmoins, la durée en a été un peu longue, ce qu'il sera facile d'éviter dans les opérations ultérieures. Nous aurons l'occasion de revenir sur l'installation et la construction de ce crématoire dont le caractère architectural est très-intéressant et parait très bien adapté à ce but. Il est l'œuvre de M. Brunette, architecte de la ville. (*Union médicale du Nord-Est*, 28 février 1901).

XI[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes

Programme

Jeudi 1er août. — 10 heures. Séance solennelle d'ouverture du Congrès a l'hotel de ville. — 2 heures. Séance à l'hotel de ville, installation du bureau : Nomination des Présidents d'honneur : Discussion de la première question du programme : le *Délire aigu*, rapport de M. Carrier. — Jeudi soir, punch offert aux membres du Congrès par le corps médical de Limoges.

Vendredi 2 août. — Excursion à Saint-Priest-Taurion : départ pour Saint-Priest-Taurion, en chemin de fer ou en voiture au choix des congressistes. A 9 h. 1/2, séance à l'école communale : communications ; déjeuner individuel. A 2 heures, séance à l'école : communications. Retour à Limoges en voiture pour le dîner.

Samedi 3 août. — A 9 heures, séance à l'hôtel de ville : discussion de la deuxième question ; rapport de M. Crocq (Tonus, réflexes tendineux et contractures). A 2 heures, continuation de la discussion ; communications. Le soir, banquet du Congrès par souscription.

Dimanche 4 août. — Excursion à Saint-Goussaud (Creuse), départ de Limoges en chemin de fer, déjeuner à Saint-Goussaud ; retour à Limoges en voiture par les vallées du Taurion et de la Vienne.

Lundi 5 août. — A 9 heures, séance a l'hôtel de ville : discussion de la troisième question, rapport de M. Taguet : à 2 heures, séance a l'École de médecine ; communications avec projections.

Mardi 6 août. — Matinée, visite de l'asile de Naugeat ; déjeuner au Cluzeau, propriété de l'asile. A 4 heures, visite d'une fabrique de porcelaine.

Mercredi 7 août. — Excursion à Uzerche (Correze).

I. Les membres du Congrès sont priés de faire connaitre immédiatement s'ils sont dans l'intention de prendre part au punch du corps médical de Limoges, a l'excursion de Saint Priest-Taurion, au banquet du Congrès, a l'excursion de Saint-Goussaud, a la réception de l'asile et a l'excursion d'Uzerche. — II. Messieurs les adhérents au Congrès qui désireront profiter de la réduction de demi place que consentent habituellement les Compagnies de chemins de fer, sont invités a joindre a leur adhésion, ou a adresser directement, avant le 8 juillet, a M. Gilbert Ballet, président du Congrès (39, rue du Général-Foy, a Paris), l'indication : 1° de leur gare de départ, et, si le voyage exige un trajet sur plusieurs réseaux de la gare de départ sur chaque réseau ; 2° de la classe en laquelle ils désirent effectuer le voyage ; 3° des membres de leur famille qui les accompagnent, pour le cas où les Compagnies consentiraient à étendre la réduction de demi-place aux membres de la famille. — III. Nous rappelons également la nécessité d'envoyer avant le 10 juillet les titres de communications ou lectures que les congressistes se proposent de faire. — IV. Des rapports vont être distribués prochainement en fascicules séparés. — V. Nous prions MM. les Congressistes qui ne nous ont pas encore envoyé les cotisations de vouloir bien le faire, le recouvrement par la poste nous obligeant à faire une majoration d'un franc pour frais. — Adresser les réponses à M. le D[r] DOURSOUT, médecin-directeur de l'asile de Naugeat, près Limoges.

Nous prions instamment ceux de nos collaborateurs et de nos confrères qui ont l'intention de faire des communications à ce Congrès de nous en envoyer le *résumé* AVANT le 10 AOUT.

Hygiène des laboratoires.

Une commission, composée de représentants des ministres de l'instruction publique et de l'intérieur, et chargée d'étudier les mesures propres à préserver les étudiants et le public des dangers qui pourraient résulter des recherches poursuivies dans les laboratoires de bactériologie, vient de terminer ses travaux et a présenté, hier, ses conclusions à M. Leygues. En première ligne, la commission prescrit les conditions d'hygiène à observer. Les élèves seront désormais tenus de préserver leurs blouses par des tabliers, qui devront être renouvelés après chaque séance et désinfectés avant d'être livrés au blanchissage. L'usage de la cigarette est interdit durant le temps des recherches, et cette prescription est des plus importantes, car la cigarette, déposée sur la table, peut se souiller de germes malsains, qui sont ensuite déposés dans la bouche. Cette mesure n'est pas étendue aux salles de dissection, où l'usage du tabac est pour ainsi dire nécessaire, la fumée combattant les émanations nauséabondes qui se dégagent des cadavres. En second lieu, la commission détermine les soins à apporter dans l'inoculation des animaux qui servent aux expériences. Ces animaux devront être isolés dans des cages métalliques faciles à stériliser par le flambage ou par l'immersion et incinérés après leur mort. Toute culture qui aura servi devra être détruite par la stérilisation. C'est là le meilleur moyen pour empêcher la dissémination des microbes qui font le sujet des études.

Statistique des Universités allemandes.

Le professeur Ascherson, de l'Université allemande, a publié une statistique portant sur le nombre des étudiants en médecine pendant le semestre d'été 1900, dans les Universités de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Suisse et des provinces russes de l'Ouest. Nous avons entrepris la statistique des universités allemandes pour le semestre d'hiver pour l'année 1900. Nous obtenons les chiffres suivants : Berlin 1313. Munich 1274, Vienne 1188. Leipzig 626. Wurzbourg 543, Berne 434. Frisbourg 387, Genève 357. Gratz 352, Kiel 350. Erlangen 333. Konigsberg 224. Greiswald 224, Bonn 223. Breslau. 217. Marbourg 217, Zurich 302. Strasbourg 296. Heidelberg 239, Gottingen. 193. Iéna, 166. Rostock 123, Czernowitz 6. (*Deutsche Medicinal Zeitung*)).

L'épidémie de peste au Brésil de 1899-1901.

Malades ayant été soignés à l'hopital, pendant avril 1900 et mai, 50 ; juin, 136 ; juillet, 172 ; aout, 72 ; septembre, 27 ; octobre, 29 ; novembre, 20 ; décembre, 22 ; janvier 1901, 11 ; février, 5 ; total, 544.

Malades ayant été soignés en dehors de l'hopital.

Pendant avril 1900 : mai, 11 : juin, 18 : juillet, 30 : août, 20 : septembre, 4 : octobre, 4 : novembre, 6 décembre, 2 : janvier 1091, 3 : février, 0 : total : 98.

Le nombre total des pestiférés s'éleva donc à 589.

Nombre des malades morts a l'hôpital.

Pendant avril 1900, 2 : mai : 12 : juin, 55 : juillet, 47 ; aout, 39 ; septembre, 15 : octobre, 15 : novembre, 15 ; décembre, 10 ; janvier 1901, 5 ; février, 1 : mars, 1 : total : 211. — Le nombre des pestiférés morts soit dans leur demeure ou pendant le transport a l'hôpital s'élèvent a 98, ce qui donne un chiffre total de 309.

Faculté de Médecine

Année scolaire 1900-1901 (2e semestre).

CLINIQUE BAUDELOCQUE. ACCOUCHEMENTS ET GYNÉCOLOGIE. *Cours de vacances* : Les cours pratiques suivants auront lieu à la clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal, savoir :

Accouchements : PREMIER COURS. — Cours pratique d'accou-

chements avec manœuvres opératoires, par M. Potocki, accoucheur des hôpitaux, et M. le docteur Funck-Brentano, chef de laboratoire. Ce cours commencera le 17 juillet 1901, à 9 heures du matin. Il sera complet en trente leçons et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Deuxième cours. — Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires, par M. le docteur Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. le docteur Paquy, chef de clinique. Ce cours commencera le mardi 24 septembre 1901, à 9 heures du matin. Il sera complet en trente leçons et aura lieu, tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs aux cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

Travaux pratiques. — *Séries spéciales facultatives d'octobre 1901.* — Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries spéciales facultatives de travaux pratiques seront formées en octobre 1901, savoir :

1re *année.* — Chimie biologique, histologie, physique et physiologie ; 2e *année.* — Physique, histologie et physiologie : 3e *année.* — Parasitologie, anatomie pathologique, chimie pathologique et médecine opératoire.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs pour chaque série d'exercices. Pour être admis dans ces séries spéciales MM. les Etudiants devront en faire la demande écrite à M. le Doyen, avant le 2 octobre, dernier délai, en indiquant la nature des travaux qu'ils désirent suivre. Les élèves inscrits, après autorisation du Doyen, seront ensuite convoqués par lettre individuelle.

Stage hospitalier (*pendant la période des vacances.*) — MM. les Etudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, *et qui n'auraient pu pour des motifs sérieux accomplir le stage en (du 1er décembre au 15 juin*), sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au 1er novembre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés. Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au Doyen de la Faculté, du 15 juin au 15 juillet, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

Faculté de Médecine de Paris

THÈSES DE DOCTORAT

Lundi 8 *juillet*, à 1 heure. — *M. Devaux* : Les endothéliomes des méninges ; étude histologique, clinique et pathogénique : MM. Landouzy, Rémy, Teissier et Dupré. — *M. Reynaud* : De l'hypotension artérielle : MM. Landouzy, Rémy, Teissier et Dupré. — *M. Marcou Mutzner* : Le sanatorium d'Hendaye et le climat atlantique méridional : MM. Landouzy, Remy, Teissier et Dupré. — *M. Valaix* : Contribution à l'étude du traitement du cancer par la quinine : MM. Landouzy, Rémy, Teissier et Dupré.

Mercredi 10 juillet, à 1 heure. — *M. Ghika* : Etude sur le thymus : MM. Hayem, Brissaud, Faure et Méry. — *M. Viel* : Des roséoles ordonnées : MM. Brissaud, Hayem, Faure et Méry. — *M. Belavoine* : Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale : MM. Brissaud, Hayem, Faure et Méry. — *M. Cruchaudeau* : Clinique de la syphilis conceptionnelle au point de vue oculaire : MM. Fournier, Pouchet, Delens et Reynier. — *M. Leullier* : De l'eczéma arthritique chez l'enfant et principalement chez le nourrisson : MM. Fournier, Pouchet, Delens et Reynier. — *M. Lepage* : Persistance de la membrane pupillaire et pigmentation congénitale de la cristalloïde antérieure : MM. Fournier, Pouchet, Delens et Reynier. — *M. Frumusanu* : Du massage et de quelques-unes de ses applications obstétricales : MM. Pouchet, Fournier, Delens et Reynier. — *M. Rollet* : De l'extraction de la cataracte par le procédé à pont kérato-conjonctival : MM. Tillaux, Aug. Broca, Reclus et Mauclaire. — *M. Joubaire* : Fractures simples de l'astragale : MM. Tillaux, Aug. Broca, Reclus et Mauclaire. — *M. Lemoine* : Essai sur le traitement des tumeurs malignes par les sels de quinine : MM. Tillaux, Aug. Broca, Reclus et Mauclaire. — *M. Feurtet* : Contribution à l'étude des kystes du vagin : MM. Tillaux, Aug. Broca, Reclus et Mauclaire. — *M. Seulex* : Des causes de la mort du produit de la conception pendant la grossesse : MM. Pinard, Joffroy, Lepage et Dupré. — *M. Parant* : Contribution à l'étude des délires de jalousie : MM. Joffroy, Pinard, Lepage et Dupré. — *M. Espinasse* : Assistance familiale des aliénés : colonie d'Ainay-le-Château (Allier) : MM. Joffroy, Pinard, Lepage et Dupré. — *M. Delarue* : De la staso-basophobie : MM. Joffroy, Pinard, Lepage et Dupré. — *M. Aunay* : Le rein dans la cirrhose hypertrophique biliaire : MM. Landouzy, Gaucher, Wurtz et Widal. — *M. Decloux* : Traitement de l'épithélioma cutané par la cautérisation ignée et le chlorate de potasse ou de magnésie : MM. Landouzy, Gaucher, Wurtz et Widal. — *M. Coulombe* : La lécithine de l'œuf : son emploi thérapeutique : MM. Landouzy, Gaucher, Wurtz et Widal. — *M. Lemonnier* : Contribution à l'étude du traitement du tétanos : MM. Landouzy, Gaucher, Wurtz et Widal.

Jeudi 11 *juillet*, à 1 heure. — *M. Grasset* : Cryoscopie et son application chez les tuberculeux : MM. Gautier, Gilbert, Thiroloix et André Broca. — *M. Paulet* : Emploi thérapeutique de l'acide cacodylique : MM. Gautier, Gilbert, Thiroloix et André Broca. — *Mme Chadzynska* : Sur la graduation des tétées dans l'allaitement artificiel par le lait stérilisé : MM. Gautier, Gilbert, Thiroloix et André Broca. — *M. Pothet* : Essai critique et historique sur la suette miliaire : MM. Proust, Debove, Wurtz et Thoinot. — *M. Laure* : Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique : MM. Debove, Proust, Wurtz et Thoinot. — *M. Henry* : Contribution à l'étude du pouls lent, suite de diphtérie ; MM. Debove, Proust, Wurtz et Thoinot. — *M. Bert* : Contribution à l'étude des hémorrhagies multiples d'origine hystérique : MM. Debove, Proust, Wurtz et Thoinot. — *M. Geblard* : La diazoréaction d'Ehrlich dans les maladies de l'appareil respiratoire : MM. Dieulafoy, Hutinel, Achard et Schwartz. — *M. Rousseau* : L'érysipèle et les maladies streptococciques à Gap en 1897 : MM. Hutinel, Dieulafoy, Achard et Schwartz. — *M. Philippet* : Ostéopathies blennorrhagiques : MM. Hutinel, Dieulafoy, Achard et Schwartz. — *M. Markel* : De l'asthme chez les enfants ; MM. Hutinel, Dieulafoy, Achard et Schwartz. — *M. Wacogne* : De l'amputation du médius et de l'annulaire sans leurs métacarpiens : MM. Le Dentu, Berger, Campenon et Thiéry. — *M. Jodin* : Contribution à l'étude des adénomes du rectum : MM. Berger, Le Dentu, Campenon et Thiéry. — *M. Leclerc* : Contribution à l'étude des adénopathies tuberculeuses du cou ; leur traitement par le cacodylate de soude : MM. Berger, Le Dentu, Campenon et Thiéry. — *M. Courtadon* : De la résistance électrique du corps humain : MM. Raymond, Chantemesse, Charrin et Teissier. — *M. Lelalre* : Pathogénie des œdèmes : de l'œdème aigu toxi-névropathique de la peau et des muqueuses (maladie de Quincke) : MM. Raymond, Chantemesse, Charrin et Teissier. — *M. Dardeau* : Désinfection des linges : MM. Chantemesse, Raymond, Charrin et Teissier.

Vendredi 12 *juillet*, à 1 heure. — *M. Grebault* : Contribution à l'étude des dermatoses linéaires : MM. Fournier, Tuffier, Gaucher et Widal. — *M. Roux* : Sur un cas de carcinome cutané ; MM. Fournier, Tuffier, Gaucher et Widal. — *M. Roustan* : Contribution à l'étude de l'albuminurie syphilitique précoce : MM. Fournier, Tuffier, Gaucher et Widal. — *M. Favre* : Aperçu sur quelques accidents dus au régime lacté exclusif chez l'adulte : MM. Landouzy, Segond, Wurtz et Teissier. — *M. Bour* : Empoisonnements par la cocaïne : MM. Landouzy, Segond, Wurtz et Teissier. — *M. Brunello* : Quelques documents sur diverses opinions touchant les études médicales : MM. Landouzy, Segond, Wurtz et Teissier. — *M. Dupuis* : Contribution à l'étude des ruptures valvulaires de l'aorte : MM. Landouzy, Segond, Wurtz et Teissier. — *M. Brunier* : Abcès de la peau chez les enfants du premier âge ; pathogénie, étude clinique et traitement : MM. Brissaud, Poirier, Thiroloix et Mauclaire. — *M. Ruffier* : Un procédé de curage de l'aisselle au cours de l'amputation du sein cancéreux : MM. Brissaud, Poirier, Albarran et Mauclaire. — *M. Paveur* : Du purpura dans l'épilepsie : MM. Brissaud, Poirier, Albarran et Mauclaire. — *M. Brocard* : Analgésie médicale : MM. Brissaud, Poirier, Albarran et Mauclaire. — *M. Capdevielle* : A quel moment faut-il réparer les ruptures complètes du périnée ? Avantages de la périnéorrhaphie immédiate et secondaire : MM. Pozzi, Delens, Delbet et Legueu. — *M. Lalande* : Contribution à l'étude des tumeurs ostéoïdes du sinus maxillaire : MM. Pozzi, Delens, Delbet et Legueu. — *M. Savatier* : De l'influence de la menstruation et de ses troubles sur les voies digestives : MM. Pozzi, Delens, Delbet et Legueu.

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 6 *juillet*, à 1 heure. — 1er : MM. Launois, Poirier et Albarran. — 3e (Oral, Deuxième partie, N. R.) : MM. Joffroy, Troisier et Gilbert. — 3e (Oral, Première partie) : MM. Pozzi, Campenon et Faure. — 5e Deuxième partie, Beaujon), 1re série : MM. Debove, Thiroloix et Marfan. — 5e (Deuxième série, Beaujon), 2e série : MM. Chantemesse, Widal et Vaquez. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique Tarnier) : MM. Wallich, Maygrier et Bonnaire.

Lundi 8 *juillet*, à 1 heure. — 5e (Deuxième partie, Neckert,

1re série : MM. Fournier, Launois et Roger. — 5e (Deuxième partie, Necker), 2e série : MM. Hayem, Brissaud et Méry.

Mardi 9 juillet, à 1 heure. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu), 1re série : MM. Chantemesse, Troisier et Marfan. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM. Cornil, Gilbert et Thoinot. — 5e (Deuxième partie, Charité), 1re série : MM. Debove, Charrin et Dupré. — 5e (Deuxième partie, Charité), 2e série : MM. Dieulafoy, Achard et Ménétrier.

Vendredi 12 juillet, à 1 heure. — 5e (Deuxième partie, Charité) : MM. Grancher, Roger et Thoinot.

Samedi 13 juillet, à 1 heure. — 3e (Deuxième partie), 1re série : MM. Joffroy, Achard et Ménétrier. 3e (Deuxième partie), 2e série : MM. Cornil, Vaquez et Thiroloix. — 5e (Deuxième partie Beaujon), 1re série : MM. Hutinel, Troisier et Widal. — 5e (Deuxième partie, Beaujon), 2e série : MM. Raymond, Hallopeau et Marfan.

EXAMEN D'OFFICIAT

Vendredi 12 juillet, à 9 heures. — 3e (Définitif, Charité) : MM. Tillaux, Launois et Lepage.

CONCOURS DU PROSECTORAT

Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Duval, Labey, Lenormand, Alglave et Marcille.

Fécondité.

Le record de la fécondité est détenu par la femme d'un fermier des environs de Salzbourg en Autriche. En dix-neuf couches, elle a eu d'abord deux jumeaux huit fois de suite, puis trois fois trois jumeaux, puis quatre fois deux jumeaux, puis quatre autres enfants, en quatre fois, ce qui fait trente-sept enfants. Le dernier est né la semaine passée, le jour même où son papa avait soixante-douze ans ! Trente-quatre de ces enfants, dont vingt-six filles, sont encore en vie. (*L'Aurore* du 24 juin 1901).

Nous avons reçu récemment à Bicêtre un enfant dont la mère a eu d'un mari 3 enfants et d'un amant 14 enfants en 14 ans. Pas de jumeaux.

Assistance publique de Paris.

CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX PLACES D'ÉLÈVE EXTERNE EN MÉDECINE VACANTES LE 15 MAI 1902. — L'ouverture du Concours pour l'externat aura lieu le *lundi 21 octobre*, à quatre heures précises, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les Étudiants qui désirent prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le *lundi 2 septembre* jusqu'au *lundi 30* du même mois inclusivement.

La répression de l'exercice illégal par les somnambules.

Il y a quelques années, le préfet de police avait formellement interdit aux somnambules de s'installer aux fêtes foraines dans des roulottes, mais elles employèrent la voie des annonces, et il n'est pas de journaux où on ne voit chaque jour, à la quatrième page, la réclame des somnambules *extra lucides* (naturellement). Le Tribunal de simple police a voulu mettre un terme à ces abus et à l'exploitation de la crédulité publique.

Deux *extra-lucides*, contre lesquelles aucun acte du métier de somnambules n'avait été relevé, ont été condamnées chacune à onze francs d'amende, uniquement pour ce fait qu'elles avaient fait paraître dans un journal une annonce de somnambule. Le ministère public n'a fait que demander l'application à ces prévenues de l'arrêt de la Cour de cassation du 24 février 1853, ainsi conçu :

« L'exercice du somnambulisme, comme *métier intéressé*, constitue la contravention réprimée par l'article 479, paragraphe 7, du Code pénal, et la simple annonce de cette profession suffit pour appliquer à ceux qui l'exercent la peine portée par cet article .»

En appliquant aux deux prévenues l'arrêt de la Cour de cassation que nous venons de relater, le Tribunal de simple police a fait œuvre de salubrité publique. Avis aux somnambules.

(Dr DUCHESNE, *Bull. off. de l'Un. des synd. méd.*).

CONCOURS D'AGRÉGATION. *Anatomie, physiologie et histoire naturelle* : Le Concours s'est terminé par les nominations suivantes : Anatomie : MM. Rieffol et Cuneo pour Paris ; Gentes et Cavalié pour Bordeaux ; Gérard pour Lille ; Legrand pour Lyon. Physiologie : M. Poujol pour Montpellier ; Histoire naturelle : M. Guiart pour Paris ;

Physique, chimie et pharmacie. Physique : pour Toulouse, M. Cluzet ; Chimie : pour Bordeaux, M. Beneck ; Pharmacie : pour Paris, M. Rechaud ; pour Bordeaux, M. Dupouy ; pour Lille, M. Vallée.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains

Troisier

~~LE Pr LAVERAN~~

Membre de l'Académie des ~~Sciences~~ médecine

M. le Dr E. TROISIER, médecin de l'hôpital Beaujon, vient d'être élu membre de l'Académie de Médecine.

Interne des hôpitaux en 1869, il fut successivement attaché à Vulpian, à Parrot et à Lancereaux. Docteur en médecine en 1874, avec une thèse intitulée : *Recherches sur les lymphangites pulmonaires*, où il étudiait plus spécialement la lymphangite cancéreuse du poumon, il éclaircit ce point d'anatomie pathologique, qui n'est pas encore complètement étudié. Cette thèse, qui réunissait de patients et nombreux examens histologiques, valut à son auteur le prix de thèse de la Faculté de médecine (médaille d'argent).

Médecin des hôpitaux en 1879, M. Troisier fut nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine en 1880 avec une thèse d'agrégation sur la *phlegmatia alba dolens*. Dans cette thèse, faite à une époque où l'origine bactérienne de ces inflammations n'était pas admise, où la théorie de la thrombose spontanée de Virchow avait remplacé celle de la phlébite, l'auteur admettait la formation primitive du caillot et considérait la phlébite comme secondaire. Néanmoins, il émettait des doutes sur la formation du caillot sans « faire intervenir une modification de la vitalité de la paroi » de la veine. Bien qu'à l'heure actuelle, la théorie de la thrombose ne soit plus acceptée, la thèse de M. Troisier a marqué un notable progrès dans l'étude des phlegmatia, car, avec le concours de M. Cornil, il put y donner une description histologique de l'endophlébite jusqu'alors peu étudiée.

Membre de la Société anatomique, membre et ancien vice-président de la Société de biologie, M. Troisier était encore, naguère, président de la Société médicale des hôpitaux. Il prit part à l'enseignement officiel de la Faculté en faisant en 1884 et 1888 les conférences de pathologie interne. En 1887, il suppléa brillamment le professeur Bouchard dans son cours de pathologie générale. Mais ce fut surtout comme clinicien que M. Troisier se fit une réputation méritée, et c'est à ce titre que les élèves recherchent surtout son enseignement et se disputent les places de son service.

Il a abordé dans ses travaux toutes les branches de la pathologie interne.

Signalons, dans ses recherches sur la propagation du cancer au système lymphatique, sa découverte de l'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer abdominal, précieux élément de diagnostic ; rappelons encore sa thèse sur la phlegmatia, ses communications sur les nodosités rhumatismales, ses recherches sur l'assimilation du sucre de lait en collaboration avec M. Bourquelot.

Le chapitre des maladies infectieuses lui doit des études sur la méningite typhoïdique, sur la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde, des travaux sur la méningite cérébro-spinale en collaboration avec M. Netter, et sur la phlébite notamment au cours de la grippe. Parmi les maladies de l'appareil respiratoire, signalons les pleurésies métapneumoniques, le pneumothorax, qu'il a plus particulièrement étudiés. Il a rédigé, en collaboration avec M. Bergé, l'article : « Traitement de la phtisie pulmonaire » du *Traité de thérapeutique appliquée*, publié par M. A. Robin. Nous ne pouvons énumérer ici ses études anatomiques et cliniques sur les maladies du système nerveux et les amyotrophies, études uniquement personnelles ou faites en collaboration avec Parrot, Letulle, Pierret, G. Guinon, dont un certain nombre ont été publiées dans le *Progrès médical* et les *Archives de neurologie*. Avec M. Achalme, il observa, au cours d'une fièvre typhoïde, une angine due à une levûre semblable cliniquement au muguet. Il fit en outre des recherches

intéressantes sur la ladrerie chez l'homme. Nous ne ferons que citer les études histologiques faites en collaboration avec M. Ménétrier sur les vergetures de la peau, les notes qu'il publia sur la pseudo-paralysie syphilitique infantile, sur les hémorragies méningées dans le cours d'une maladie de cœur, sur l'intoxication saturnine, ses travaux de tératologie sur l'examen de la moelle dans l'hémimélie unithoracique, et dans un cas de pied bot varus congénital double, en collaboration avec M. Coyne; mais nous ne saurions oublier l'article « Face » du *Dictionnaire encyclopédique*, qui comprend la trophonévrose, la névralgie, le tic convulsif et la paralysie de la face, et la part qui lui revient dans la publication des leçons de Parrot sur « l'Athrepsie » et de l'ouvrage posthume de ce maître sur la *Syphilis héréditaire et le Rachitis*. Les leçons sur l'athrepsie furent du reste publiées tout d'abord dans le *Progrès médical* (1877) dont M. Troisier était alors un rédacteur assidu.

M. Troisier, universellement estimé de ses collègues et de ses élèves, est un modeste, c'est même pour rendre hommage à un excès de modestie, assez rare à notre époque, que le *Progrès médical*, qui eût été heureux de compter son portrait dans sa galerie des médecins contemporains, doit en priver ses lecteurs. J. Noir.

FORMULES

I. — Contre la fièvre.

Acide salicylique	1 gr.
Cognac	50 gr.
Vin cordial	120 gr.
Salicylate de soude	àà 5 gr.
Eau distillée	

par cuillerées à soupe toutes les 2 heures. (Jaccoud).

NOUVELLES

Médecins conseillers généraux. — Ont été élus conseillers généraux : M. le Dr Clada, à Soukaras et M. le Dr Aubry à Am-Abessa. Nous sommes heureux de constater que nos deux confrères ont été élus comme républicains et contre les antisémites.

La lutte contre la tuberculose. — On télégraphie de Saint-Quentin à l'*Écho de Paris* à la date du 28 juin : « Ce soir, dans la salle du Tribunal, au Palais de Justice, et devant un nombreux auditoire, M. le Dr Arthaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, a fait une intéressante conférence très applaudie : le sujet était : « La lutte contre la tuberculose, projet de création d'un sanatorium pour les poitrinaires nécessiteux du département de l'Aisne ». Le projet du Dr Arthaud est intéressant à plusieurs titres. Les plans de son sanatorium ont été établis sur le modèle de ceux du Sanatorium populaire de Wald, canton de Zurich, qui lui ont paru réunir les derniers perfectionnements. Quant au mode de fonctionnement, il repose sur un système de pensions établi par le Dr Arthaud, et, grâce à ce système, si le projet est adopté, le sanatorium pourra soigner chaque année près de 200 poitrinaires indigents. Ce n'est pas la seule œuvre de bienfaisance dont se soit occupé le Dr Arthaud. Il y a dix ans, il a fondé ici, à ses frais, et avec l'aide de plusieurs de ses collègues, un dispensaire médical gratuit. »

Nous adressons toutes nos félicitations à notre distingué collaborateur, le Dr Gabriel Arthaud.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Jubiot, de Marseille ; de M. de Calmels, interne des Ambulances urbaines, du Dr Willgeroth, de Strasbourg, de M. Hegib-Bey, de Constantinople, médecin du Sultan.

Laboratoire de psychologie expérimentale de l'École des Hautes-Études. (Asile de Villejuif (Seine). — Une conférence sera faite, le samedi 6 juillet, à 3 heures, au Laboratoire de Psychologie expérimentale de l'École des Hautes-Études à l'Asile de Villejuif. Objet : *L'aliéné dans la société*, par le Dr Marie, médecin en chef de l'Asile de Villejuif.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise.)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, No **28**. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 13 JUILLET 1901

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Sur le mécanisme du rôle d'arrêt du foie vis à vis des poisons ;

Par le **Dr André LOMBARD.**

Depuis les travaux de Schiff (1), de MM. Bouchard (2), Roger (3), Gley (4), on admet que le foie sert à protéger l'organisme contre les intoxications et les infections. Quoiqu'il laisse passer certaines substances (potasse, digitaline, etc.), dans l'économie, son action s'exerce d'une façon générale aussi bien vis-à-vis des produits de sécrétions microbiennes que vis-à-vis des alcaloïdes végétaux. Ce rôle d'arrêt des poisons a été bien mis en lumière par M. Roger (5), qui a montré, en opérant avec la strychnine : d'une part, « qu'une dose d'alcaloïde qui ne produit aucun effet sur une grenouille saine est capable de déterminer de violentes convulsions tétaniques chez une grenouille privée de son foie » ; et d'autre part que, si tous les tissus fixent cet alcaloïde, « leur coefficient d'absorption est bien différent ; à poids égal, le foie emmagasine onze fois plus de strychnine que les muscles, trois fois plus que les reins ».

Mais il n'est pas à notre connaissance qu'on ait donné jusqu'à présent la genèse de cet arrêt. Les recherches que nous avons entreprises au sujet de l'immunité naturelle de certains animaux vis-à-vis d'un alcaloïde dont ils supportent sans inconvénient une dose plusieurs fois mortelle pour un autre animal, nous ont tout naturellement conduit à l'explication du rôle du foie.

(1) SCHIFF. Sur une nouvelle fonction du foie. *Archives des sc. phys. et natur. de Genève*, 15 mars 1877.

(2) BOUCHARD. Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1887.

(3) ROGER. Rôle du foie dans les intoxications (*Soc. de biol.*, 13 février et 31 juillet 1886). Action du foie sur les poisons (*Th. de Paris*, 24 mars 1887). Note sur les propriétés toxiques des sels de cuivre (*Rev. de méd.*, 1887). Toxicité de la digitale et de la digitaline (*Soc. de biol.*, 26 janv. 1889). Un rôle protecteur du foie (*Congrès de physiol. de Bâle*, 1889.)

(4) GLEY et CAPITAN. Toxicité de l'antipyrine (*Soc. de biol.*, 16 nov. 1887). — GLEY. Action du foie sur la cocaïne *Ibid.*, 1891.

(5) G. H. ROGER. Action du foie sur la strychnine. *Arch. de physiol.*, 1892, p. 24.)

Nous avons injecté 0 gr. 004 de sulfate de strychnine sous la peau d'un cobaye de 500 gr. L'animal, au bout de quelques minutes, présentait une crise ou une série de crises tétanoïdes ; mais la mort ne survenait pas. Sans doute, nous aurions pu introduire des doses encore plus élevées par une injection plus lente ; ou par l'introduction dans l'estomac au moyen d'une sonde. Mais il nous a paru que ces méthodes nous donnaient moins de garanties pour une expérimentation rigoureuse. Nous étions sûrs que toute la dose injectée était bien absorbée et qu'aucune partie n'en avait été éliminée lorsque nous sacrifions l'animal, ce qui eût été impossible en procédant lentement.

Le cobaye résistait à une dose de poison qui eût entraîné la mort d'un lapin ou d'un chien, il fallait que ce poison s'accumulât immédiatement dans un tissu, dans des cellules, auxquels nous devions supposer un rôle antitoxique, neutralisant, ou simplement un rôle d'arrêt.

Pour arriver au foie, cette injection devait nécessairement suivre la voie sanguine ou la voie lymphatique, et c'est dans le sang que nous avons entrepris de rechercher l'alcaloïde. Nous avons été frappé, dès l'abord, en faisant la numération des éléments du sang immédiatement avant et une demi-heure après l'injection. Le nombre des globules rouges restait bien invariable, mais celui des globules blancs était considérablement et constamment augmenté au second examen. Décapitant alors l'animal, nous recueillions soigneusement tout son sang, et après l'avoir oxalaté, nous le centrifugions pendant deux heures. Puis, nous injections d'égales quantités de chaque élément, soit dans la substance cérébrale de lapins, soit sous la peau de grenouilles. La grenouille qui a reçu 1 cc. de globules rouges ne présente aucun phénomène anormal appréciable. Celle qui a reçu 1 cc. de sérum présente encore des mouvements coordonnés, une respiration assez active, mais elle a une certaine raideur des membres postérieurs après l'exécution d'un mouvement. Celle à qui nous avons injecté 1 c.c. de globules blancs ne réagit pas aux excitations ; les mouvements respiratoires sont bien moins actifs (deux fois moins) que chez les autres grenouilles ; le lendemain, quand on saisit l'animal, on provoque l'arrêt complet de la respi-

ration, tandis que, raide comme un morceau de bois, il met ses membres postérieurs dans l'extension forcée. Enfin, une quatrième grenouille reçut 1 cc. d'extrait préparé avec le foie et la rate du cobaye ; elle a, peu de temps après, la sensibilité émoussée, de l'apnée, et le lendemain nous la trouvons morte.

De même, en expérimentant avec de l'atropine.

Ainsi, après l'injection de 0 gr. 15 de sulfate d'atropine à un cobaye de 700 gr. nous voyons cet animal présenter, au bout de dix minutes, des troubles consistant en une sorte de stupeur et un ralentissement de la respiration, allant jusqu'à l'arrêt complet, mais dont l'animal revient facilement. L'examen du sang, pratiqué avant et après l'injection, dénote toujours la leucocytose consécutive.

Après centrifugation, nous injectons à des chats, à peu près de même poids, une égale quantité de chaque élément du sang : celui qui a reçu des hématies ne présente que des modifications pupillaires très minimes et très fugaces ; celui qui a reçu du sérum a les mêmes manifestations un peu plus accentuées, mais tout aussi éphémères ; enfin, celui qui a reçu des leucocytes a la dilatation pupillaire maxima ; elle dure jusqu'au lendemain et s'accompagne de photophobie, de dysphagie, puis de diarrhée ; en un mot, l'animal reproduit le tableau de l'intoxication par l'atropine. Un quatrième animal, auquel nous avons injecté un extrait aqueux, préparé avec le foie et la rate de l'animal, a présenté des phénomènes pupillaires bien plus accentués que les deux premiers ; mais assurément moins nets et moins prolongés que le troisième.

De ces constatations, nous avons conclu que, quand l'animal, ayant reçu une forte dose d'alcaloïde, survivait à l'injection, le poison avait été pris dès son entrée dans l'organisme par les leucocytes qui l'emmagasinent, et dont le nombre s'accroît pour offrir une plus grande surface d'absorption (Lombard) (1).

Nous comprenons fort bien que certains expérimentateurs (Claude Bernard, Brown-Séquard) n'aient pas obtenu d'accidents toxiques avec le sang d'animaux intoxiqués : — α) ou bien ils opéraient trop tardivement, c'est-à-dire après une demi-heure, et le poison était entièrement localisé dans le foie, ou avait déjà subi un commencement d'élimination (vomissement, fèces, miction) ; — β) ou bien ils opéraient sur une quantité de sang insuffisante, étant donné que les éléments n'en étaient point isolés.

Il importe, en effet, d'avoir des leucocytes en grand nombre. Or, ne savons-nous pas que, outre qu'ils sont réfugiés dans le foie, la rate, la moelle des os, — dès que la circulation est ralentie, ils s'accolent à la paroi vasculaire, constituant un manchon aux globules rouges, et que, pour les avoir tous, non point ceux qui sont déjà extravasés, mais ceux qui sont encore dans les vaisseaux de tout ordre et de tout calibre, il faut y faire passer un courant d'eau salée jusqu'à ce que cette eau sorte à peine rosée ? (Jolyet et Laffont (2). Cela nous explique la quantité infinitésimale d'alcaloïde que renferme une portion du sang envisagé en masse, comme l'avaient fait Vulpian (3) et M. Jolyet.

Nous voyons, de la sorte, qu'en opérant avec une masse de sang, même relativement grande, il est bien difficile d'obtenir un résultat positif, puisqu'on n'a qu'une quantité tout à fait minime de globules blancs. Mais nous devons retenir ces deux faits :

1° les leucocytes sont augmentés en nombre ;

2° les globules blancs possèdent à peu près seuls la propriété de reproduire, chez un animal sensible à cette action, l'action physiologique qu'eût produite l'alcaloïde injecté directement.

Si l'on veut réfléchir à ce fait que nous n'avons pu opérer qu'avec une quantité de leucocytes bien inférieure à la quantité totale de l'organisme et que, de la masse que nous en avions, il suffisait d'injecter 1/500e environ du poids du corps pour obtenir des effets très accusés, on ne peut dénier au leucocyte le rôle d'avoir arrêté le poison injecté ; car la même dose, mise directement au contact de la substance nerveuse, eût été mortelle certainement. Nous savons que le foie est d'abord un centre actif de leucocytopoïèse ; mais il est aussi le lieu où les leucocytes vieux viennent se désagréger et mourir.

Notre conclusion sera donc que le foie possède bien vis-à-vis des poisons un rôle d'arrêt, mais, en interprétant le fait, nous voyons que ce rôle ne s'exerce que par l'intermédiaire des globules blancs. Ce sont eux qui fixent le poison ; et — soit altérés dans leur vitalité, soit que l'endothélium vasculaire devienne le dernier refuge de l'alcaloïde, ces éléments anatomiques viennent en grand nombre, sinon en totalité, dans le foie, pour s'y désagréger et y abandonner momentanément la substance toxique, d'où ils la retireront peu à peu, de façon à n'en mettre en circulation dans le sang qu'une quantité compatible avec la vie de chaque cellule différenciée (nerveuse, musculaire), et aussi de façon à l'éliminer peu à peu par les différents émonctoires.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Echanges nutritifs dans l'allaitement artificiel

A propos des quantités de lait qu'il convient de donner aux nourrissons

Par MM **H. DE ROTHSCHILD** et **L. NETTER** (1).

Parmi les nombreuses difficultés qu'il faut surmonter lorsqu'on est obligé d'allaiter artificiellement les nourrissons, il en est une sur laquelle M. le Professeur Budin a longuement insisté dans ces temps derniers, à savoir la quantité de lait qu'il faut donner aux nourrissons suivant l'âge et suivant leur poids. Les mères ou les personnes chargées de prendre soin du nouveau-né artificiellement allaité ont une tendance invincible à lui donner des doses de lait très élevées, qui atteignent dans certains cas 1500 grammes et jusqu'à deux litres par 24 heures. Les médecins eux-mêmes, se basant sur des moyennes données par les traités spéciaux, recommandent des quantités relativement élevées et qui semblent dépasser les besoins nutritifs de l'enfant. M. le professeur Budin a montré en effet que les nourrissons élevés au sein maternel se contentaient parfaitement d'une quantité minime de lait ne dépassant pas 5 à 600 grammes par jour dans les premiers mois de la vie. Leur augmentation de poids suivait un cours normal et lorsque cette courbe restait en plateau, il suffisait d'une augmentation minime dans la quantité de lait ingérée en 24 heures pour provoquer aussitôt une reprise nor-

(1) A. Lombard. *Soc. de biol.*, 30 mars 1901, 20 avril 1901.
(2) F. Jolyet et M. Laffont. Recherches sur la capacité respiratoire du sang par la méthode calorimétrique. *Soc. de biol.*, 1877.)
(3) Vulpian. Leçons sur les subst. toxiq. et médicament., p. 572.

1) Communication à la *Société de Biologie*.

male de l'augmentation de poids. Chez le nourrisson allaité au biberon, les faits se présentent d'une façon identique. Lorsqu'on peut suivre le nouveau-né dès les premiers jours de la vie, il est facile de réglementer son alimentation et d'éviter qu'il boive trop de lait. Cramer (1) dit qu'il ne faut pas donner au nouveau-né, dans les dix premiers jours, plus de 17 à 18/00 de son poids de lait. Lorsqu'on n'a pas pu suivre les nourrissons dès les premiers jours, la chose devient plus délicate ; dans les dispensaires, et en particulier à la Polyclinique de Rothschild, on a souvent affaire à des nourrissons qui viennent à la consultation pour la première fois lorsqu'ils sont déjà relativement âgés (3 à 4 mois) et habitués à prendre des doses considérables de lait chaque jour. Si alors on cherche à diminuer cette surcharge alimentaire, on éprouve des difficultés parfois insurmontables ; le poids de l'enfant diminue. Si, par une progression insensible, on essaie de revenir peu à peu vers la dose normale qui convient à l'âge et au poids du nourrisson, on peut souvent triompher de l'obstacle créé par l'accoutumance. Cependant, il arrive assez fréquemment qu'il faille toujours se tenir au-dessus de cette quantité normale, sous peine de voir l'enfant diminuer constamment de poids.

Il nous a paru intéressant de contrôler par l'expérience les faits que la clinique avait permis d'affirmer ; après avoir recherché, chez divers nourrissons que nous avons pu observer à la Polyclinique de Rothschild, comment s'effectuaient les échanges nutritifs, nous avons comparé entre eux les chiffres de ces échanges, suivant la quantité de lait que ces nourrissons artificiellement allaités recevaient par jour et par unité de poids. Nous avons d'abord été frappés de ce fait que, chez les nourrissons qui prenaient le plus de lait, le poids des déchets non utilisés dans l'organisme était le plus considérable, et que, dans tous les cas, ce poids était proportionnel à la quantité de lait ingérée (2). Voici du reste un tableau qui prouve amplement ce que nous avançons :

Obs. I. (ayant duré trois jours). Age du nourrisson : 4 mois. poids moyen, 4185 gr : lait ingéré par jour. kilo, 190 gr. 2. 190 gr. 2). Fèces excrétées par jour. kilo. 13 gr. 55 Fèces sèches par jour. kilo. 2 gr. 46.

Obs. II. — (Durée de l'observation. 4 jours). Age du nourrisson : 8 mois ; poids 7 k. 270 ; lait ingéré par jour kilo. 177 gr. 2 : fèces 16 gr.: fèces sèches. 2 gr. 19.

Obs. III. — (Durée 4 jours) : Age du nourrisson. 7 mois 1/2 : poids. 4 k. 710 : lait ingéré par jour. kilo. 176 gr.: fèces 11 gr. 75 ; fèces sèches. 2 gr. 5.

Obs. IV. — Age du nourrisson. 7 mois 1/2 ; poids. 7 k. 680 durée de l'observation. 4 jours : lait ingéré par jour. kilo ; 150 gr.: fèces. 10 gr. 07 : fèces sèches. 1 gr. 92.

Obs. V. — Age du nourrisson. 7 mois : poids. 6 k. 980 : durée de l'observation. 3 jours : lait ingéré par jour. kilo. 148 gr. fèces 14 gr. 22 : fèces sèches. 2 gr. 33.

Obs. VI. — Age du nourrisson. 10 mois : poids. 5 k. 860 : durée de l'observation. 3 jours : lait ingéré par jour. kilo. 141 gr. 5 : fèces. 21 gr. 78 : fèces sèches. 2 gr. 2.

Obs. VII. — Age du nourrisson. 10 mois : poids 7 k. 310 : durée de l'observation. 4 jours : lait ingéré par jour. kilo. 126 gr.: fèces. 6 gr. 73 : fèces sèches. 1 gr. 5.

Obs. VIII. — Age du nourrisson. 9 mois : poids 8 k. 300 : durée de l'observation. 3 jours : lait ingéré par jour kilo 125 gr. 5: fèces. 8 gr. 15 : fèces sèches. 1 gr. 13.

(1) Cramer. — *Sammlich. Klin. Vortrage*, 1900. n° 2635.
(2) Nous faisons ici une remarque : M. Duclaux a objecté en effet que les fèces contiennent outre les déchets alimentaires, ceux qui proviennent des glandes annexes du tube digestif et de ce tube digestif lui-même et que l'organisme a déjà utilisés. Mais on conviendra que le poids de ces derniers excreta est relativement faible et qu'on peut le négliger dans le cas actuel.

Comme il est facile de le constater d'après ces observations, la quantité d'excréta est d'autant plus faible que le nourrisson prend moins de lait. Ce fait a une importance considérable si nous nous souvenons que les nourrissons allaités artificiellement excrètent un poids de fèces beaucoup plus élevé que les nourrissons au sein, et si nous ajoutons que le travail de la digestion absorbe d'autant plus de chaleur perdue pour le nourrisson que la quantité des fèces est plus grande, comme l'a montré W. Knopfelmaker (1).

Si nous continuons l'examen des résultats que nous ont fournis nos observations, nous allons pouvoir constater que ceux-ci ont utilisé l'aliment ingéré dans les proportions suivantes ;

Obs. I. — Aliment, 89 °/o : azote total. 89.3 °/o : chaux. 20.48. °/o : acide phosphorique. 47.83 °/o : graisses, 96,92 °/o.

Obs. II. — Aliment. 89.94 °/o : azote total, 93.05 °/o : chaux 33.4 °/o : acide phosphorique. 47 °/o.

Obs. III. — Aliment. 88.7 °/o : azote total. 90.93 °/o : acide phosphorique. 29.6 °/o.

Obs. IV. — Aliment. 90.27 °/o : azote total. 91.6 °/o.

Obs. V. — Aliment. 87.7 °/o : azote total, 88.77 °/o : chaux. 30.77 °/o : acide phosphorique. 58 °/o.

Obs. VI. — Aliment. 87.5 °/o : azote total. 92.7 °/o ; acide phosphorique. 42.36 °/o.

Obs. VII. — Aliment. 90,5 °/o : azote total, 90,45 °/o ; chaux 15.19 °/o : acide phosphorique. 39.8 °/o.

Obs. VIII. — Aliment. 92.7 °/o : azote total. 95,9 °/o : chaux. 47.1 °/o : acide phosphorique. 38 °/o.

D'après ce tableau nous voyons que l'aliment a été utilisé dans des proportions croissantes à mesure que la quantité de lait ingérée diminuait. De plus l'azote total a été en général mieux utilisé quand les doses de lait étaient plus petites (observation VIII).

Voyons maintenant quelle a été l'augmentation de poids de nos nourrissons pendant la durée des expériences dont ils furent l'objet :

OBSERVATIONS	AUGMENTATION DE POIDS PAR JOUR. KILO.		
Obs. I.............	5	grammes	5
Obs. II....	2	—	06
Obs. III...........	3	—	18
Obs. IV...........	2	—	6
Obs. V.............	»	—	»
Obs. VI.....	2	—	27
Obs VII......	»	—	68
Obs. VIII..........	1	—	6

Nous avons noté dans tous les cas une augmentation de poids chez les nourrissons examinés, excepté dans l'observation V où le poids est resté stationnaire. Ici il est difficile de tirer une conclusion quelconque des chiffres qui représentent le gain de poids rapporté au jour et au kilo et cela pour plusieurs raisons ; et d'abord le poids des nourrissons augmente d'autant moins qu'ils sont plus âgés ; d'autre part, Kopliks (2) a montré que les nourrissons artificiellement allaités ne présentaient pas une courbe de poids aussi régulière que les nourrissons allaités au sein maternel. Du reste, nous ferons remarquer qu'un nourrisson qui augmente de poids doit souvent cette augmentation au seul gain d'eau que font ses tissus. Par conséquent, nous le répétons, les chiffres indiquant les gains de poids ne permettent pas de conclusion intéressante.

(1) W. Knopfelmacker. — Digestion du lait de vache et alimentation des nourrissons, *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1398, n° 4.
(2) Kopliks. — *Archiv. of Pediatrics*, XVI, New York, 1899.

Passage de l'oxyde de carbone de la mère au fœtus.

M. Nicloux a pu constater dans ses recherches sur des cobayes en état de gestation que, lorsque la mère respire dans une atmosphère contaminée par l'oxyde de carbone, ce gaz passe dans le sang du fœtus. Tant que la proportion de gaz toxique dans l'atmosphère est comprise entre 1 0/0 et 1 0/00, la teneur des deux sangs, maternel et fœtal, en oxyde de carbone est identique : quand cette proportion dépasse 1 0/00, le sang de la mère renferme plus de gaz oxycarboné que celui du fœtus. Etant donné qu'il n'existe aucune communication entre les circulations maternelle et fœtale, force est d'admettre la dissociation au niveau du placenta, de l'hémoglobine oxycarbonée contenue dans le sang de la mère, et le passage dans le sang fœtal de l'oxyde de carbone ainsi mis en liberté.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 juin 1901. — Présidence de M. Dupuy.

Réaction de fixation avec bacilles morts.

MM. F. Widal et Le Sourd. — La réaction de fixation de Bordel peut être décelée au cours de la fièvre typhoïde. En employant des bacilles typhiques stérilisés par la chaleur, la réaction s'obtenait aussi nettement qu'avec des bacilles vivants : l'alexine ou la cytose était fixée tout aussi bien sur les bacilles morts sensibilisés par le sérum typhique, et les globules rouges du mélange restaient intacts sans subir l'hémolyse. Cette réaction, comme avec les bacilles vivants, est plus ou moins complète suivant le sérum typhique employé.

Méningite tuberculeuse expérimentale et zymothérapie.

MM. Ch. Richet et Jean Roux, sur 20 chiens inoculés aseptiquement avec une aiguille de Pravaz par ponction occipito-atloïdienne, ont déterminé une méningite accompagnée de diminution de la température. Sur 11 chiens à la viande crue, trois ont survécu : sur 9 chiens à la viande cuite 1 a survécu, pour succomber à une injection de tuberculine qu'ont très bien tolérée les chiens à la viande crue.

Gangrène gazeuse aiguë mortelle.

MM. Legros et Lecène ont observé un malade qui, à la suite d'une fracture compliquée de la jambe droite avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne datant de six heures, a eu des accidents gangreneux, malgré la désinfection soigneuse de la plaie et irrigation à l'eau oxygénée : l'état général mauvais, l'état local suspect, font amputer le malade au bout de 24 heures. La partie inférieure de la jambe est bronzée et a de la crépitation gazeuse, au bout d'une journée, température 39, pouls 110 : lambeaux sphacélés au moignon avec écoulement fétide mêlé de gaz, ictère, dyspnée. La coloration bronzée et la crépitation ont gagné la racine de la cuisse. Mort le 5e jour. Décomposition cadavérique rapide. Du liquide recueilli profondément, trois espèces microbiennes sont isolées : un colibacille, un diplo-staphylocoque et un bacille spécial prédominant, très mobile, 4 μ sur 1 μ qui donne des spores et garde le Gram, aérobie, liquéfie la gélatine avec odeur fétide, le lait : attaque glycérine, glycose, saccharose, galactose : n'attaque pas le lactose, la mannite, la dextrine : liquéfie le sérum coagulé : pousse mal sur le liquide de Raulin.

Inoculé à un cobaye, il détermine une gangrène gazeuse mortelle en 48 heures, après putréfaction cadavérique *in vivo* du membre inoculé. Etant aérobie, il diffère des bacilles connus déterminant la gangrène.

Variations dans la rapidité de coagulation du sang.

M. F. Arloing a constaté comme M. Milian que le sang extrait des vaisseaux coagule d'autant plus vite qu'il est pris plus loin du début de l'hemorrhagie. La rétraction du caillot est plus prompte et plus complète dans le coagulum le plus lent. Le sang ayant été tiré par un trocart hors de la jugulaire on ne peut faire entrer l'action coagulante de la peau.

Invasion de sauterelles.

M. Giard, contre l'invasion des sauterelles dans le midi et l'ouest de la France, indique la fréquence de cette invasion quand il y a moins de taches au soleil, tous les dix ans : elles se développent sur les terrains en friche, sur lesquels il faudra agir l'année qui précède celle des moindres taches au soleil.

M. Tourneux (de Toulouse) envoie une note sur le revêtement endothélial des tendons de la queue des rongeurs.

MM. Mesnil et Laveran ont étudié le tripanozone du sang des mammifères et celui du sang des grenouilles.

Séance du 29 juin 1901.

Injections iodoformées par voie épidurale pour le traitement du mal de Pott.

M. P. Mauclaire a suivi, pour les injections de glycérine iodoformée par la méthode épidurale, dans certains cas de maux de Pott, la méthode Cathelin, Sicard et Brocard. L'injection de 3 cc. n'a pas été douloureuse. Dans un cas sur trois, l'augmentation légère de température céda rapidement. Cette méthode est sans danger, mais les résultats sont trop récents au point de vue thérapeutique.

Incoagulabilité du liquide de l'hémarthrose.

MM. Tuffier et Milian ont retiré du genou, à la suite d'un traumatisme, du liquide d'épanchement à la 36e heure : ce liquide est du sang incoagulable. Les auteurs rapprochant des hémorragies pleurales ces faits, pensent que les endothéliums jouissent de propriétés anticoagulantes.

Coagulabilité dans une même hémorragie.

M. Milian contredit les expériences de M. Arloing sur la variabilité dans la coagulabilité du sang chez le même malade aux différents stades de l'hémorragie.

Organes hématopoïétiques dans la cyanose congénitale.

M. Weil relate deux observations de cyanose congénitale avec étude des organes hématopoïétiques chez des fillettes de 2 et 4 ans atteintes de cyanoses avec hyperglobulie, la rate très volumineuse dans un cas, normale dans l'autre, ganglions non tuméfiés, grosse congestion avec prolifération de la masse osseuse, enfin persistance et hypertrophie du thymus.

Les organes hématopoïétiques réagissent dans la cyanose pour produire l'hyperglobulie, mais leur participation n'est ni uniforme, ni constante. Dans tous les organes, surtout dans le thymus, le tissu conjonctif est transformé en tissu muqueux, et ce tissu proliféré et rajeuni contient de nombreuses cellules vasoformatives où se développent les hématies. Nulle part, la vasoformation capillaire n'est aussi considérable que dans le thymus dont les coupes ressemblent à celles d'un angiome. Dans la cyanose, les hématies se forment aussi dans le développement fœtal, dans les cellules mésodermiques, et cette formation n'est pas localisée dans certains organes.

Oxyde de carbone dans le sang des nouveau-nés.

M. Nicloux. — Sur le cobaye, l'auteur a recherché si c'est de la mère que provient l'oxyde de carbone retrouvé dans le sang des nouveau-nés. Les proportions d'oxyde de carbone sont égales dans le sang de la mère et dans celui du fœtus. Pour les mélanges très toxiques ayant amené la mort rapide la quantité d'oxyde de carbone est très petite dans le sang du fœtus comparé à celui de la mère.

Injections trachéales vraies et directes.

MM. Rosenthal et Weil.— Les auteurs font le cathétérisme de la glotte par voie buccale et font l'injection intra-trachéale directe, au travers du plan cutané avec ou sans aiguille à demeure, pour les affections pulmonaires aiguës.

Lésions de la corde du tympan.

MM. Vaschide et Marchand. — Chez une jeune fille dont la membrane du tympan était lésée du côté gauche, à la suite d'une otorrhée, les auteurs ont constaté l'agueusie complète de la moitié gauche des deux tiers antérieurs de la face supérieure de la langue ; diminution de la sensibilité tactile du côté malade. La corde du tympan, comme le glosso-pharyngien, contient des filets de sensibilité générale et ces deux nerfs peuvent transmettre toutes les saveurs et aussi les impressions tactiles. Physiologiquement, ils ont même fonction. Mathias Duval avait déjà dit que le nerf de Wrisberg et le glosso-pharyngien se terminent dans un même noyau du bulbe.

Toxicité du suc gastrique.

MM. Cassaet et Sauvez ont étudié la toxicité du suc gastrique normal deux fois plus élevée que celle de la macération de viande préparée dans des conditions identiques. — E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet.

Le cacodylate de soude (suite).

M. A. Gautier montre les bons effets du cacodylate, non seulement dans la tuberculose, mais même dans toutes les suppurations bacillaires, dans la grippe, l'impaludisme, les affections nerveuses, les vomissements incoercibles, le diabète, l'asthme, la chorée, le lupus et les ulcères chroniques.

La seule contre indication a été formulée par M. Dalché qui a vu que les lésions du foie contre-indiquaient le cacodylate et lorsque le foie est détruit, comme dans le cancer du foie, le cacodylate devient un véritable poison.

C'est par l'intermédiaire du corps thyroïde qu'agit le cacodylate ; c'est là seulement qu'on trouve l'arsenic normal en quantité relativement abondante : il y est associé à l'iode, et l'administration d'iode en même temps que le cacodylate aide à l'action du médicament.

L'augmentation des oxydations explique l'action dans la tuberculose : on sait, en effet, que les toxines se détruisent en milieu oxydant. De là, la résistance aux efforts morbides des malades soumis à l'action des cacodylates.

Traitement de l'infection puerpérale.

MM. Budin montre l'importance d'une intervention aussi précoce que possible. Sur trente-trois femmes infectées, apportées du dehors au service d'isolement de la clinique Tarnier, trente-deux ont guéri. Sur cinquante-neuf transportées directement du service, aucune n'a succombé. Les 1137 accouchements et avortements observés en un an dans le service n'ont donc pas donné un seul décès par infection.

M. Budin montre que dans les conditions ordinaires, lorsque les suites de couches sont normales, l'utérus revient assez vite sur lui-même, et après quelques jours l'orifice interne du col est fermé : on ne le traverse qu'en faisant un certain effort. Si, au contraire, la muqueuse utérine est malade, il semble que les fibres musculaires sous-jacentes soient comme paralysées, et on pénètre facilement dans la cavité du corps utérin. La perméabilité normale de l'utérus a donc une grande importance pour le diagnostic.

Pour nettoyer l'utérus, il faut, après avoir plongé la femme dans l'anesthésie complète, procéder au curage digital et à l'écouvillonnage dont M. Budin décrit en détail le mode opératoire. Il fait usage de gros écouvillons en côtes de plumes qui sont très résistants, les faits démontrent que le nettoyage de la cavité de la matrice peut être absolument complet.

La néphrite pyramidale d'origine hématogène.

M. Cornil communique, au nom de M. Babès et de Mlle Densusianu, une étude histologique sur les lésions que l'on observe dans les néphrites hémorragiques post-scarlatineuses. On trouve des lésions dégénératives de la région pyramidale, avec thrombose des veines intertubulaires ; ces lésions semblent devoir, dans certains cas, être attribuées à des altérations vasculaires, dans d'autres cas à l'action directe des toxines sur le rein.

Sur la diplopie à l'état latent.

M. Remy présente un instrument permettant de reconnaître les diplopies latentes aussi bien que les simulations d'individus prétendant être borgnes.

ÉLECTION

Deux membres correspondants étrangers.

MM. Istrati (Bucarest)............	53 voix	Elu
Ladenbourg (Breslau)........	45	— Elu
Hedley (Londres)............	2	—
V. Machado (Lisbonne).......	1	—
Bulletin blanc...........	1	

L'Académie a décidé d'interrompre ses séances pendant les mois d'août et septembre. Une commission permanente nommée par l'Académie se tiendra à la disposition du gouvernement pendant les vacances de la Compagnie.

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juillet 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Cytodiagnostic céphalorachidien dans les fractures du crâne

M. Rendu a soigné dans son service un malade atteint d'aphasie et dans le coma, qui ne présentait aucune trace de traumatisme extérieur. Le cytodiagnostic ayant donné lieu à la découverte de lymphocytes dans le liquide céphalorachidien, M. Rendu porta le diagnostic de méningite tuberculeuse. Le malade mourut et à l'autopsie on constata une fracture du crâne.

M. Widal fait remarquer que la lymphocytose est un signe d'irritation méningée lente, tandis que lorsque l'irritation est forte et aiguë, on constate de la polynucléose.

Urémie bulbaire.

M. Londe relate l'observation d'un brightique cardiaque atteint de vomissements bilieux, étouffements, tachycardie et crises angineuses. Il eut en outre de l'apoplexie pulmonaire, présenta le rythme de Cheyne-Stokes, devint anxieux, déprimé avec des troubles mentaux mélancoliques. Le malade finit par être frappé de paralysie labio-glosso-laryngée. M. Londe attribue ces symptômes à de l'urémie bulbaire.

Le méningocoque et la méningite cérébro-spinale.

M.. Griffon et Gaudy ont constaté comme Schœrer en Allemagne, la présence du méningocoque de Weichselbaum dans les sécrétions du nez et de la gorge chez plusieurs malades atteints de méningite cérébro-spinale.

Méningite cérébro-spinale ambulatoire.

MM. Apert et Griffon ont découvert chez un malade ne présentant aucun signe avéré de méningite cérébro-spinale et qui restait levé la polynucléose puis la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et la présence du méningocoque de Weichselbaum. Ils sont convaincus qu'ils se trouvaient en présence d'un cas de méningite cérébro-spinale ambulatoire.

Lymphangectasie bucco-linguale.

MM. Danlos et Gaston présentent un malade atteint d'un épaississement considérable de la muqueuse de la bouche et de la langue. L'examen histologique a démontré que l'on avait affaire à de la lymphangectasie.

MM. Widal et Le Sourd rapportent le résultat de leurs recherches sur la présence d'une *sensibilisation* dans le sérum des phtisiques. Cette sensibilisation n'existe pas dans le sérum des tuberculoses externes. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin 1901. — Présidence de M. Reclus.

Traitement des ruptures traumatiques de la rate.

M. Guinard fait un rapport sur deux cas de ruptures de la rate, observés, l'un par M. Mauclaire, l'autre par M. Véron (médecin militaire.)

Dans le premier cas, c'est le 2e jour seulement que se manifestèrent les symptômes de l'hémorragie interne : M. Mauclaire guérit son malade par une splénectomie. M. Véron est intervenu 24 heures après l'accident ; son malade est mort le 10e jour et, à l'autopsie, on constata l'existence de lésions viscérales qui ont probablement contribué à l'insuccès. Trois heures après l'accident, le malade présentait déjà de la contracture des muscles abdominaux et il est regrettable que M. Véron ne soit pas intervenu séance tenante.

M. Demoulins a eu également l'occasion de faire une splénectomie dans un cas de rupture de la rate où les symptômes d'hémorragie ne se manifestèrent que 4 jours après l'accident. Le malade est mort de septicémie péritonéale.

Tumeurs du corps thyroïde.

M. Ricard a observé trois cas de tumeurs du corps thyroïde, ayant présenté une allure clinique et même les caractères morphologiques d'un néoplasme malin, alors que l'examen histologique est venu en démontrer la nature bénigne. Dans un cas, les adhérences furent telles qu'il dut réséquer un segment de la carotide primitive et du pneumogastrique.

Traitement du prolapsus du rectum.

M. Delorme ajoute, aux sept cas rapportés dans sa dernière séance par M. Delbet, deux autres cas appartenant l'un à M. Tuffier, l'autre à M. Reynier et tous deux suivis de succès. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE.

Séance du 26 juin 1901. — Présidence de M. Brouardel.

M. Thoinot lit un long travail sur les sources crayeuses et la fièvre typhoïde.

M. Ferrier prend la parole sur le repassage et l'assainissement du linge. Le lessivage et la dessiccation du linge équivalent presque, dit-il, à une désinfection. Le repassage la continue, car la température du fer à repasser est d'environ 150°, et les germes ne résistent guère à cette température, pendant les 10 secondes que dure le repassage sur un point donné du linge. Un drap de lit sec, pesant 1.200 gr. contient 1 kil. d'eau après rinçage et essorage, et, par suite, un nombre considérable de germes. Le repassage est donc utile pour diminuer ce nombre dans une forte proportion.

Une nouvelle discussion s'engage sur les *sanatoriums* en général, à laquelle prennent part MM. Mosny, Letulle, Brouardel et quelques autres orateurs.

MM. Corbeil et Ribard présentent un « crachoir collectif » qui n'a pas les inconvénients des crachoirs à sciure de bois ou à eau stagnante antiseptique. Ce crachoir placé à 0 m. 90 du sol, est muni d'un couvercle : quand on soulève ce couvercle, par un mécanisme facile à imaginer, il passe de l'eau *courante* dans le fond, laquelle emporte le crachat, de sorte que l'appareil est toujours d'une parfaite propreté.

On fait passer de main en main un crachoir *privé*, sorte de cylindre métallique de 4 à 5 centimètres de diamètre et de 15 centimètres environ de hauteur.

M. Brouardel fait observer que le nombre de modèles de ce dernier genre de crachoirs est considérable, et qu'il demandera à la Société de se prononcer ultérieurement sur les avantages ou inconvénients qu'ils peuvent avoir respectivement, afin d'indiquer au public le modèle à préférer. A. P.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le D J. NOIR

I. — L'Alimentation des malades

L'application diététique dans le traitement des maladies des voies digestives, par le Dr Paul Cornet. (Steinheil édit., 1901).

Notre distingué collaborateur, P. Cornet, vient de combler une lacune que tout bon praticien regrettait de constater dans la littérature médicale contemporaine.

Il a étudié l'alimentation des malades et surtout des malades les plus difficiles à alimenter, ceux qui sont atteints d'affections des voies digestives. Il ne s'est pas borné à de vagues conseils tels qu'en prodiguent tous les manuels, les traités et les formulaires, conseils qui en pratique sont pour la plupart parfaitement inutiles : il a fait un véritable traité de diététique où, après avoir exposé les règles et les nécessités de l'alimentation normale, il s'occupe des conditions d'alimentation des dyspeptiques et il termine son traité par un véritable livre de cuisine médicale indiquant les manipulations de plus de 200 préparations alimentaires.

« Cuisine médicale », voilà deux mots qui paraîtront singulièrement assemblés, il n'en est cependant pas en pratique qui soient rapprochés plus à propos. La diététique, l'alimentation, la cuisine pour dire mieux, des gens bien portants et des malades devraient être le plus grand souci du médecin tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif. Et ce ne sera certes pas le Dr Cornet qui nous reprochera d'employer le mot « cuisine » au sujet de son excellent ouvrage.

La *première partie* expose les notions préléminaires, c'est-à-dire l'alimentation à l'état de santé, l'étude des aliments en général, et des considérations sur l'alimentation en état de maladie. La ration nécessaire en 24 heures y est donnée : cette ration y est exprimée en calories : soit 3.000 calories pour un adulte en 24 heures, qui exigent, sans compter les 2.250 cc. d'eau et les sels indispensables à la vie, 100 grammes de matières albuminoïdes, 50 grammes de matières grasses, 500 grammes d'hydrates de carbone. M. Cornet insiste sur la nécessité d'un régime varié, il s'attache surtout à battre en brèche le végétarisme, doctrine dont l'exclusivisme est une erreur anatomique, économique et physiologique. Malgré tout le respect que peuvent inspirer les végétariens célèbres, de Çakia Mouny à Michelet et de Pythagore à Francisque Sarcey, en passant par Mahomet, Abélard, Voltaire et Lamartine, malgré la poésie de leurs arguments, les faits sont là, qui démontrent que l'homme n'est pas un animal qui

doit être plus végétarien que carnivore. Nous n'insisterons pas, malgré tout l'intérêt que l'on doit y attacher, sur le temps de séjour des aliments dans l'estomac, sur la quantité de résidus que les principaux laissent après la digestion, pour aborder plus tôt les conseils sur l'*alimentation des malades*.

M. P. Cornet démontre d'abord la nécessité d'examiner le tube digestif, il insiste sur les avantages que l'on peut retirer parfois de l'éclairage électrique de l'estomac, du lavage témoin de cet organe et de l'étude chimique de la digestion et tout ceci est une sorte d'avant-propos.

La *deuxième partie* aborde le vrai sujet du livre par un chapitre sur les substances chimiques et solides pouvant éventuellement servir soit par elles-mêmes, soit par leurs préparations industrielles, domestiques ou culinaires, à l'alimentation des malades.

Parmi ces substances, sont, au premier rang, les *boissons*.

L'eau et les boissons sont indispensables, surtout chez les fébricitants, et parfois l'eau est le seul aliment qui peut être toléré (diète hydrique). Nous ne ferons qu'énumérer les formes sous lesquelles on donne l'eau : eau de source, eau filtrée, macérée, infusée, décoctée, eau additionnée de miel, de citron, de cognac, de café, d'albumine, les eaux minérales, les eaux gazéifiées. M. Cornet examine toutes ces formes, indique leurs avantages et leurs inconvénients.

Il indique la température que doit avoir l'eau pour être bue (plus de 8°, moins de 20°). Il montre les inconvénients des boissons glacées, qui altèrent les dents, irritent l'estomac, ralentissent et troublent la digestion, abaissent la température du sang et qui, cependant, peuvent avoir une action thérapeutique utile (nausées, vomissements). Il recommande les boissons chaudes (infusés de houblon et de tilleul) à température initiale de 55° environ pour qu'elles soient, une fois parvenues dans l'estomac, à 42° environ. Les boissons chaudes augmentent le calorique, excitent la motilité des vaisseaux et des nerfs, facilitent les réactions chimiques de la digestion. Cependant, il ne faut pas exagérer leur emploi, car on pourrait aboutir à la dilatation gastrique. En général, on boit beaucoup trop : mais il faut se mettre en garde contre les inconvénients sérieux du régime sec qui, prescrit sans discernement, peut-être nuisible. On devrait boire de préférence à la fin des repas et par petites gorgées : exceptionnellement, on doit boire en dehors des repas en cas de soif ardente, pour calmer la douleur lorsqu'il y a excès d'acide dans l'estomac et un quart-d'heure avant le repas pour atténuer au préalable l'action trop puissante du suc gastrique hypersécrété.

Dans les affections digestives, un certain nombre de boissons ne doivent pas être permises : ce sont : les vins, les bières, surtout les bières transportées, le cidre et le poiré, les eaux gazeuses artificielles, les liqueurs dites « apéritifs », les liqueurs dites digestives. Il est certain que dans quelques cas le médecin peut faire des exceptions à cette loi générale exclusive.

Le *café*, stimulant, diurétique, est utile aux obèses, aux nerveux déprimés, aux hypopeptiques, aux dilatés, aux constipés, etc. Son abus peut déterminer des accidents (tremblement, palpitations, oppressions, neurasthénie, abaissement de la pression sanguine, pléthore veineuse de l'abdomen). Il ne convient pas aux enfants, aux hystériques, épileptiques, aux nerveux excités et dans certaines affections du cœur. On ne doit pas le prendre pur à jeun : on ne doit pas le donner aux dyspeptiques qui ont de la douleur ou de la sensibilité de l'estomac (ulcère, gastrite, hyperacidité). On peut ajouter au café, du lait, de la crème, du sucre, de la lactose chez les constipés, des œufs. Il ne faut pas y ajouter de chicorée, qui est indigeste, de liqueurs alcooliques, dont la sensation agréable est momentanée et trompeuse.

Le *thé* est inférieur au café à la fin du repas, il peut être utile comme stimulant et boisson chaude. En dehors des repas (five o'clok), le thé est nuisible.

Le *cacao* n'est pas très digestible et le *chocolat* l'est encore moins pour les malades dyspeptiques, la digestibilité de ces aliments, cependant précieux, est en raison inverse de leur valeur nutritive.

Les *bouillons de viande* sont des solutions salines qui ont une action surtout stimulante qui, selon les cas, chez les dyspeptiques peut être recherchée ou évitée. Les bouillons servent souvent de véhicules, on peut y ajouter des jaunes d'œufs, de la viande crue, des poudres de viande, des albumoses artificielles, des peptones, etc. On peut le prendre à tout moment et à toutes les températures. Avant les repas, il constitue un véritable apéritif.

Le *lait* rend de grands services dans les maladies de foie, l'hyperpepsie générale, la gastrique aiguë, dans certaines gastrites chroniques, les ulcères et ulcérations de l'estomac, du duodenum, des intestins, dans certaines diarrhées, la dysenterie, l'hyperchlorhydrie légère sans dilatation. Il peut nuire comme liquide dans la dilatation de l'estomac et son atonie. Il convient moins à l'hypopepsie, à l'insuffisance sécréto-motrice. On doit l'appliquer avec réserve dans la diarrhée aiguë, le cancer de l'estomac, les nausées, certaines gastrites, les fortes flatulences, les tuberculoses intestinales, la dégénérescence amyloïde et la constipation. Dans le régime lacté exclusif, il est préférable de boire le lait entre 16° et 33° (température de la traite), il faut le boire par petites gorgées et à intervalles réguliers, variant selon les malades. On peut couper le lait d'eau bouillie, d'eaux minérales, d'eau de chaux qui le rend plus digestible et mieux de solutions gazéifiées de glycérophosphate de chaux, de sucre, de crème. Ces deux derniers corps additionnés peuvent dans certains cas produire des fermentations acides et réveiller la douleur.

On peut, quand il y a répugnance, l'additionner d'eau de seltz, d'infusé d'anis ou d'angélique, d'eau de menthe, de sel, de teinture de badiane. Il ne faut pas y ajouter ordinairement d'eau-de-vie, rhum, kirsch, etc. Certaines peptones le font coaguler instantanément.

Le lait condensé, les poudres de lait, les albumines de lait, les farines lactées, peuvent dans certains cas rendre des services. La valeur thérapeutique du petit lait reste en discussion, sa valeur alimentaire est des plus faibles. Le képhir, le khoumis, sont des laits fermentés utiles dans l'hypopepsie, l'apepsie, l'atonie sécréto-motrice, l'entérite chronique, la constipation, le cancer ; il est contre-indiqué dans l'hyperpepsie, l'hyper-acidité, l'ulcère de l'estomac et chez les cardiaques.

Les *fromages* qui sont de bons aliments, sauf quand ils sont trop fermentés et putréfiés, ne peuvent guère être recommandés dans les maladies digestives : on peut cependant utiliser les fromages frais non fermentés.

Les *œufs* sont nutritifs et faciles à digérer dans certaines conditions cependant. Le blanc est très digestible cru ou presque cru : il est difficile à digérer cuit parce que le suc de l'estomac pénètre difficilement sa substance compacte, le jaune est également bien digéré cuit ou cru : en raison des matières grasses qu'il contient, il est parfois mal toléré par certains estomacs.

Les *aliments végétaux* sont les uns naturels (légumes, fruits, huiles), les autres sont des produits industriels (pain, pâtes alimentaires, etc.). Les *légumes* n'ont pas l'action excitante de la viande, ne produisent pas de toxines, ils sont indiqués comme aliments exclusifs, mais le plus souvent avec le lait et les œufs dans les cas d'irritabilité nerveuse, d'hystérie, de névralgies, d'obésité avec constipation. Pour être bien digérés, il faut que le fonctionnement des glandes salivaires et intestinales soit bon. Les légumes *féculents* peuvent être nuisibles chez les dyspeptiques, s'ils sont crus ou insuffisamment cuits, s'ils sont pris en excès, s'ils ne sont réduits en purée, dans la gastrite aiguë, l'hyperacidité, l'insuffisance salivaire et dans les cas de fermentation anormale. Les légumes *frais herbacés* ne doivent, dans les maladies digestives, n'être pris que cuits et dans les cas où les organes digestifs sont peu atteints et sans lésion matérielle. Les haricots verts sont plutôt des féculents frais. Les épinards, les pointes d'asperges, les artichauts, les aubergines peuvent dans certains cas servir de vacuante dans l'alimentation des dyspeptiques.

Les *légumes conservés* peuvent être employés : la choucroute est souvent bien tolérée par des estomacs atones et

dont le suc est hypoacide ; les petits pois, les haricots verts, les flageolets, la tomate, peuvent être utilisés. Seront interdits : les conserves de choux rouges, choux-fleurs, salsifis, macédoines, asperges, juliennes, légumes desséchés et le melon glacé.

Les légumes frais particulièrement *défendus* seront la betterave, le salsifis, le radis, les choux, choux de Bruxelles et choux-fleurs, les oignons, échalottes, ciboules, poireaux, les melons, surtout le cantaloup, le céleri et la mâche, les champignons.

Le *pain* quand il peut être toléré par les dyspeptiques, doit de préférence être du pain léger (pain de gruau) ; dans quelques cas, le pain grillé est mieux toléré. Le gros pain avec beaucoup de mie, les pains mal levés, le pain bis, le pain de seigle, de méteil, le pain dit complet doivent être défendus. Le pain doit être mangé lentement, bien imprégné de salive, pris en faible proportion avec les autres féculents et en plus grande quantité avec la viande et les œufs. Les biscuits non sucrés (zwiebacks et biscottes) peuvent parfois avec avantage remplacer le pain chez les dyspeptiques.

Les *pâtes alimentaires* ont des valeurs diverses dans l'alimentation des malades. Les *macaronis, nouilles, vermicelles*, ne sont pas toujours bien tolérés. Les *semoules*, les *couscous* les *tapiocas* font la base d'excellents potages ou bouillies. Il existe encore d'autres produits industriels d'origine végétale : mutase, aleuronate, nucléopeptone, aliments complets de valeurs diverses et dont les malades peuvent bénéficier.

Les *poissons* sont d'une digestibilité en raison inverse de leur contenu en matières grasses. Il faut choisir pour les malades des poissons très frais, des poissons d'eau douce et de rivière de préférence aux poissons de mer et d'étang.

Il faut que le poisson soit tué de suite après la pêche pour éviter l'altération musculaire qui résulte de l'asphyxie. On préférera le poisson maigre en dehors de l'époque du frai, et en règle générale les poissons à écailles, dont la chair est lamellée auront le pas sur les poissons à peau unie. Parmi les poissons permis aux dyspeptiques, citons : l'alose, la barbue, le brochet, la carpe commune, le cabrelet ou plie franche, la limande, la lotte, le merlan, l'ombre, la perche, le rouget, la truite, le turbot, etc. On défendra : l'anguille, la tanche, le saumon, l'esturgeon, la morue, le muge, le mulet, le maquereau, la ruge, le thon, la lamproie, le hareng, le barbeau, le flet, le carassin, le hotu, le blageon, la vandaise, la brême, le rotengle etc., et les poissons trop petits : épinoches, ablettes, éperlans, sardines, goujons, vairons, bouvières, aprons, etc. Les conserves de poissons seront interdites ; cependant, les filets de harengs fumés, les anchois marinés peuvent servir comme stimulants de l'appétit. Le caviar dans les maladies digestives ne sera permis qu'en très petite quantité comme hors-d'œuvre. Parmi les *mollusques* — seules, les *huitres* de bonne qualité peuvent être permises : tous les *crustacés* sont interdits.

Les *viandes* qui tiennent une si grande place dans l'alimentation doivent toujours provenir d'animaux sains, tués et non crevés, et tués sans avoir été fatigués au préalable. L'usage de la viande est permis dans la convalescence des maladies gastriques graves quand la lésion organique est réparée, dans les dyspepsies par insuffisance c'est-à-dire dans les états hyposthéniques, hypopeptiques, hypochlorhydriques, bien entendu la viande sera donnée avec modération et sous forme appropriée. On interdira la viande dans les états aigus avec fièvre, quand il y a lésion matérielle avec douleurs, troubles sécrétoires intenses et vomissements, dans l'irritabilité nerveuse avec grande faiblesse, les névralgies intenses, les dyspepsies par excès (hypersthénie, hyperpepsie, hyperchlorhydrie).

Les viandes permises en particulier sont : la viande de bœuf (de préférence : filet, faux-filet, roomsteack, culotte, gîte à la noix, langue ; rejeter les viscères), la viande de veau, peu nutritive (rejeter la fraise de veau, la tête, les viscères, sauf le riz et la cervelle), la viande de mouton (de préférence la selle, le collet, le gigot, les cotelettes, la langue et la cervelle), la viande d'agneau, peu nutritive mais agréable aux malades, les poulets jeunes et pas trop gras, le pigeonneau. Certains gibiers frais, jeunes, bien nourris, non forcés peuvent être permis le lièvre, (râble) le chevreuil (cuissot, filet) le faisan, le perdreau.

Les viandes défendues aux dyspeptiques seront les viandes grasses, d'animaux vieux, trop fraîches, trop mortifiées (faisandées) ou qui répugnent au malade. On défendra en outre les animaux engraissés (porc, sanglier, grive, caille, poular des, dindes, oies, canards) les animaux vieux et durs ; les chairs fades, peu nutritives (lapin, pintade), etc. Certaines conserves pourront être recommandées bien que parfois provenant d'animaux défendus : le jambon, par exemple, mais cuit pour les dyspeptiques.

La poudre de viande est un aliment précieux et utile si elle est bien préparée) en particulier dans l'ana et l'hypochlorhydrie.

Il faut, avant de la faire prendre, la faire bouillir dans un peu d'eau ou de bouillon ; le lait ne convient bien que dans les gavages. On donne cette poudre à la dose de 2 à 10 cuillerées à soupe (20 à 100 gr). Les *albumoses industrielles* peuvent rendre quelques services mais n'ont pas une valeur nutritive bien grande. Les *peptones* ne valent guère plus que les albumoses.

Parmi les préparations industrielles défendues aux dyspeptiques, citons : les conserves de viande, les produits de charcuterie, sauf le jambon, les extraits de viande, tous trop salés, le jus de viande.

Il est des aliments annexes ou des aromates qui peuvent être utiles aux dyspeptiques surtout en entrant dans les préparations culinaires : la crème de lait, le beurre frais, l'huile d'olives, parmi les matières grasses, tandis qu'on interdira l'usage de l'oléomargarine, du beurre de coco, des graisses de porc, de mouton, de bœuf, etc. — Les *condiments* seront interdits dans les états aigus irritatifs, quand il y a hypersecrétion ou hyperacidité gastrique, dans les désordres nerveux à exaspération, on pourra les permettre dans les dyspepsies par atonie, mais il faut soigneusement en éviter l'abus. Parmi eux, on permettra le sel de cuisine, le vinaigre, le jus de citron, les truffes, la vanille et, à dose modérée, le safran, la muscade, la cannelle. On défendra toujours les cornichons, les radis, les concombres, les oignons, la moutarde, le céleri, les poireaux, persil, échalotte, civette, estragon, gingembre, câpre, poivres, carry, piments, etc., etc.

Le *sucre* est permis aux atoniques, défendu quand il y a acidité ou tendance à l'acidité gastrique, dans les états inflammatoires, les douleurs gastralgiques, les fermentations intenses. Son abus peut provoquer ces états.

La grosse *pâtisserie* est indigeste et par sa croûte et par la plupart des garnitures. Les *gâteaux* feuilletés, aux amandes et aux pistaches, les nougats, plumcakes, plum-pudding, les nougats, brioches, tartes aux fraises, petits fours sont interdits. Eventuellement, sauf état acide de l'estomac, on peut permettre les biscuits secs, les meringues, certaines gaufrettes, les tartes aux cerises. Parmi les friandises, on doit proscrire pour les dyspeptiques, les *glaces*, les dragées, les pralines, le pain d'épices et les fruits glacés ou confits.

Les *fruits* éventuellement permis sont : à l'état frais et mûrs : les mandarines, oranges, raisins, bananes, prunes, groseilles, (L'auteur oublie ici la pêche qui est certainement un des fruits les moins indigestes). A l'état cuit, en purée et marmelades : les pommes, groseilles, bananes, prunes, abricots, oranges, ananas. Les fruits toujours défendus sont les fraises, les pommes, les poires et les abricots même à l'état frais et mûrs, les fruits secs trop sucrés : raisins, dates, figues, les fruits denses et gras : noix, noisettes, amandes, pistaches, noix de coco.

La *quatrième partie* et non la moins originale du livre de M. P. Cornet est intitulée : « Préparations diverses, notions de pratique, formulaire d'alimentation diététique », et le premier chapitre est un chapitre de *Cuisine diététique*, nous passerons sur les conseils donnés au sujet de l'installation et des ustensiles. Pour le choix et la préparation, l'auteur insiste sur la nécessité de ménager au maximum et de stimuler au minimum les organes digestifs malades, d'être agréable et de nourrir suffisamment. Quelques aliments peuvent être prescrits crus (viandes crues) ; mais la cuisson ramollit les aliments, les stérilise et les rend agréables. La

cuisson et le rôtissage remplissent ce but. la friture est défectueuse. imprégnant de liquides gras l'aliment et le rendant difficilement digestible. Les préparations peuvent être liquides. solides ou intermédiaires (purées) et nous rappellerons ici une loi diététique qui dit que tout aliment est d'autant mieux digéré qu'il est plus divisé. Nous ne saurions énumérer ici les 46 préparations liquides dont M. Cornet donne la formule. les 27 sortes de soupes ou potages à l'usage des dyspeptiques. ni les sauces. ni les préparations d'œufs. ni les préparations de légumes. ni l'apprêt culinaire des poissons. des viandes. des entremèts sucrés. des fruits. Il y a là 203 recettes que nous serions réduits à copier.

La *cinquième partie* étudie l'administration des aliments et les régimes types. Un minimum de sept heures doit s'écouler entre deux repas principaux. s'il y a atonie de l'estomac et dilatation relative : quand les grosses rations sont impossibles. on doit avoir recours aux petites rations répétées. La sieste couchée doit être recommandée quand il y a douleur. hyperesthénie, lésions des organes digestifs. Un exercice modéré est utile quand il y a atonie simple et légère ectasie. Il faut se souvenir que le sommeil ralentit la digestion. Dans le cas où les malades ne peuvent ingérer par la bouche, on a recours aux *lavements nutritifs*. M. Cornet remarque que le gros intestin absorbe. mais ne digère pas et que par suite on doit faire un choix pour la composition des lavements nutritifs dont il donne 19 formules.

Enfin. l'ouvrage se termine par la classification des régimes dans les maladies des voies digestives dont M. Cornet donne un intéressant tableau.

Le régime sera liquide hydrique. lacté ou mixte dans les entérites. les ulcères. les états inflammatoires graves. le cancer. l'hyperchlorhydrie au début. Il sera demi-liquide avec restriction des graisses ou des hydrocarbures selon les cas dans l'amélioration des états précédents et selon l'état sécréto-moteur de l'estomac : il sera complet en restreignant les liquides dans la dilatation. en restreignant les graisses dans l'atonie motrice. l'hyposthénie. les hypopepsies: en restreignant les hydrocarbones dans l'hyperchlorhydrie. les hyperpepsies. les hyperthermies : en restreignant les excitants. les acides dans les hyperesthesies. l'irritabilité. etc.. etc. On augmentera la quantité de liquide dans la constipation. les matières grasses dans l'amaigrissement. les hydrocarbones dans l'hyposthénie : les stimulants dans l'hypersécrétion. etc.. etc.

Nous regrettons dans cette analyse de ne pouvoir donner une idée assez nette du livre si documenté de M. Cornet. tous les détails qui y sont méritent d'être lus et médités et nous n'avons pu les résumer. Si nous avons cru devoir insister. dépassant ici les limites des analyses ordinaires. c'est que nous trouvons que la diététique ne tient pas une place suffisante dans notre littérature médicale. que dans de nombreux cas pourtant. elle est l'agent thérapeutique le plus important. souvent même le seul réellement actif. Hippocrate dans son traité du *Régime dans les maladies aiguës* [1]. reproche aux auteurs des sentences cnidiennes de ne pas s'être suffisamment occupés de cette question. « Les anciens non plus. ajoute-t-il. n'ont écrit rien d'importance sur le régime des malades et c'est une grave omission ». Nous n'avons pas fait à ce sujet de bien grands progrès depuis l'époque des Asclépiades et nous devons remercier M. Cornet d'avoir courageusement et à notre grand profit abordé cette importante étude dans ses détails les plus pratiques.

Anniversaire de Virchow. — Rudolf Virchow a été nommé à l'unanimité. chevalier de l'Ordre pour le Mérite. Pour son 80e anniversaire. l'Académie des sciences de Prague lui a voté une plaquette commémorative. A l'extérieur. on s'occupe des manifestations des préparatifs de cette manifestation sympathique. Nous rapporterons que les Sociétés savantes de Charkow. ont entrepris de mettre en lumière l'œuvre de Virchow. œuvre qui s'attache autant à la médecine et à l'hygiène. et enfin à l'anthropologie.

1. Œuv. d'Hippocrate. trad. de Littré 1840. t. II. p. 227.

BIBLIOGRAPHIE

La Source Fatale, par André Couvreur (1 vol. in-12. Plon-Nourrit et Cie Paris 1901).

C'est le troisième roman de la série des « Dangers sociaux ». On se rappelle le grand et persistant succès du *Mal nécessaire* et des *Mancenilles*. Dans l'un de ces ouvrages. où l'on croyait pouvoir chercher des masques. se dévoilait le péril des médecins sans conscience. aveugles lutteurs pour la fortune : l'autre. d'une portée plus large encore et avec un art particulièrement fouillé, développait le rôle envahissant de la syphilis. insinuant son poison latent dans la vigueur de la jeunesse pour dégrader peu à peu les intelligences. fausser les plus belles carrières et semer avec la paralysie générale les plus navrantes déceptions dans la société moderne. En ces deux livres déjà. parmi les plus désolantes réalités. nous trouvons la figure consolante de Bordier, le type du médecin honnête et généreux. à la modestie intelligente et laborieuse. Nous pénétrons déjà dans le même groupe familial et parmi les hommes que nous reverrons aux prises avec un autre fléau. tant à Paris que dans le Nord. dans ce milieu de la robuste industrie flamande dont l'auteur s'est fait le peintre le plus vivant et le plus vrai. Dans la *Source Fatale*, Couvreur est monté encore à un niveau supérieur de la plus belle élévation morale. Plusieurs des problèmes humains les plus inquiétants se sont rencontrés dans l'action éminemment pathétique de son livre. Nous y voyons naître et grandir les insidieuses influences de l'alcoolisme avec tout leur cortège de douleurs intimes. de tortures et de brutales catastrophes. Le tableau défile avec une angoissante fidélité. au sein d'un monde qui nous est vite familier.

Toute la philosophie de la question sociale vient en effet de soi-même passionner la marche de ce drame. qui. à travers les couleurs les plus tristes. à travers les sentiments de sombre fatalité. nous amène insensiblement. par la constante bonté et la courageuse obstination de Bordier et de Jeanne Duprat. en vue d'une aurore d'espoir calme et de paix réconfortante. Cette œuvre n'a rien de la froideur d'un roman à thèse. Elle réunit pourtant la documentation véridique au mordant de la réalité la plus saisissante et la plus exactement observée ; l'analyser serait faire acte de vandalisme : ne faut-il pas en laisser goûter toutes les sensations sans les déflorer ? Seul. un médecin pouvait l'écrire à condition de posséder le profond talent et le beau mouvement littéraire d'André Couvreur. C'est comme médecin. d'ailleurs. qu'il a voulu mettre ces deux grandes qualités au service de ce que l'hygiène et la morale sociales ont de plus élevé : et comme tels. ne lui devons-nous pas nous-mêmes une véritable reconnaissance pour une œuvre qui fait honneur à notre corporation ? F. B.

Le Transformisme médical. L'évolution physiologique. Par le Dr Hector Grasset. (Société d'éditions scientifiques. Paris. 1900).

Exposer l'enchainement des doctrines et des faits accumulés par nos anciens et par les contemporains. en mesurer la liaison. en faire une critique personnelle et originale. tel est, en deux mots. le plan de cet ouvrage. Le chapitre premier s'occupe des fermentations et sécrétions dans l'antiquité. Le 2e chapitre montre ce que devient la fermentation au XIXe siècle et quelles sont les tendances évolutives actuelles au sujet des sécrétions. Au chapitre III. on peut lire une centaine de pages roulant sur l'évolution physiologique de la vie animale ; puis vient un nouveau chapitre s'occupant de l'entretien de la vie. Dans un chapitre V. très documenté et plein d'érudition. M. Grasset retrace l'histoire de l'organothérapie. enfin il montre comment la vie animale. végétale ou minérale est l'agent thérapeutique par excellence.

Par ceci on voit le plan de l'ouvrage ; il est impossible d'en donner l'esprit ; M. Grasset a des opinions très personnelles. très spéciales. il les défend avec habileté ; on peut les accepter ou les repousser. mais on ne peut nier l'intérêt et le plaisir qu'on prend à les connaître.

Vie. génération. stérilité par le Dr Sylvius. (Vigot frères éditeurs. Paris. 1901).

Ce volume contient une série de considérations sur les perversions sexuelles. la dépopulation. la stérilité. les avortements. etc. C'est

un appel à l'humanité qui méconnaît ses devoirs, qui les dénature avec bonne ou mauvaise foi. C'est un tableau des vices de la société, de la dissolution de la famille, avec des conseils pour faire rentrer tout et tous dans le droit chemin. Un grand nombre de sujets sont abordés au cours de la discussion ; il y en a quelques-uns qui peuvent sembler un peu usés ; mais l'auteur sait les traiter avec habileté et la simple lecture de quelques pages de son ouvrage suffit pour affirmer la sincérité de ses affirmations et la pureté de ses convictions. Il y a, en dehors de ces considérations, de nombreux conseils purement médicaux et extrêmement pratiques qu'il serait désirable de voir enseigner aux jeunes filles et aux futures mères.

Les certificats médico-légaux usuels. Guide pratique et raisonné. par Louis Vidal (de Nissan). 1 vol., 116 pages. Paris. (*Société d'éditions scientifiques*).

L'indication du certificat médico-légal empiète toujours davantage sur l'office du Praticien. Partant de cette manière de voir, et surtout de l'insuffisance notoire en cette matière de nombre de médecins, excusables du fait de leurs occupations d'ordre généralement clinique, des fautes techniques et des hésitations chez les timides, et, ce qui est plus grave, d'une assurance injustifiée chez beaucoup, l'auteur a cherché à condenser en un petit guide raisonné les notions pratiques de ce côté spécial du domaine professionnel. Il a cherché à signaler certains écueils de la pratique courante et certaines lacunes de la déontologie médicale.

Cet opuscule est divisé en deux parties : Dans la *première*, ce sont des notions pratiques applicables à tout certificat médical. L'office exclusivement médical du certificat : la capitale importance des premières recherches ; les réserves que l'on doit toujours faire dans les affirmations. « Il faut savoir douter » telle est la formule de M. Brouardel que rappelle l'auteur. Il rejette les certificats imprimés, clichés tout faits qui sont gênants dans la forme et au fond captieux, c'est une sorte de souricière à l'usage des rats novices. Au sujet de la précision à apporter et des spécifications à faire dans les certificats, on doit garder la plus grande circonspection et formuler des réserves dans certains cas.

Pour ce qui est des certificats aux fins d'internement d'aliénés, l'auteur recommande les consultations intermédicales afin que les responsabilités soient atténuées. Il passe en revue la légalisation des signatures, les cas dans lesquels les certificats doivent être faits sur papier timbré, le médecin témoin ou expert, enfin la nécessité de la radioscopie et de la radiographie en jurisprudence.

La deuxième partie traite des variétés usuelles de certificats. A propos des différents certificats, M. Vidal met en évidence les nombreuses questions souvent épineuses qui peuvent se présenter au praticien. Dans un premier chapitre, ce sont *les certificats de coups et blessures et de maladie* : à ce propos, il passe en revue l'auto-récusation, l'indication du mode d'investigation parallèlement aux constatations faites ; l'acceptation que sous réserves des précisions de l'intéressé ; la rédaction du certificat en termes explicites : les certificats d'impotence ; les certificats de complaisance, auxquels M. le Professeur Brouardel fait la guerre avec raison, bien qu'il soit négatif dans la responsabilité qu'il fait naître chez son auteur nous dit M. Vidal. Le secret en matière de certificat et dans ceux que l'on doit fournir aux administrations : à ce propos, l'auteur déplore les prétentions souvent exagérées des administrations qui obligent à violer le plus souvent le secret médical.

Pour *les certificats de décès*, il esquisse toutes les difficultés, les conséquences possibles dans tous les cas : les exigences légales, la prudence avec laquelle on doit agir dans la rédaction des certificats : au point de vue de l'heure, du diagnostic ; il passe en revue les certificats de mort-naissance, de co-mourant, de suicide : ceux demandés pour le transfert des corps et ceux destinés aux assureurs : il tâche de montrer toutes les critiques qu'on peut leur adresser et cherche les améliorations qu'on peut leur apporter.

Dans un chapitre, il traite *du certificat de nourrice* qui, d'un usage si courant, peut cependant se prêter à l'émission d'une triple erreur : la date précisée du dernier accouchement, la mention de la vaccine et l'exclusion de toute infirmité ou maladie contagieuse. Il s'étend enfin longuement dans le 4e et dernier chapitre sur *le certificat d'accident de travail* dont la fréquence va sans cesse grandissant depuis la loi du 9 avril 1898. Il passe en revue les points épineux du certificat dit de 48 heures : la difficulté du pronostic, de l'étiologie, etc. Il examine ensuite dans un 2e paragraphe le certificat sur réquisition du juge de paix, les qualités du juge de paix procédant soit en matière civile, soit en matière criminelle, c'est-à-dire les réquisitions facultatives et obligatoires. Sans montrer tous les points délicats et souvent difficiles à résoudre que peut donner au point de vue médico-légal l'interprétation de la loi sur les accidents du travail, M. Vidal termine par quelques réflexions sur le certificat pour révision après trois ans.

En résumé, on trouvera dans ce petit Guide des indications exactes et des conseils pratiques pouvant être d'un bon secours au praticien. G. Carrier.

La navigation mise à la portée de tous. par J.-B. Charcot et G. Clerc-Rampal. (J. Ruet, éd.)

Quoique l'un des auteurs soit médecin, l'ouvrage est absolument extra-médical, il ne s'agit, comme l'indique le titre, que de navigation pure, la science des navigateurs. Jusqu'ici, nous ne croyons pas qu'il existe de publication similaire, aussi technique, aussi savante dans sa simplicité. Il était admis que, pour être un bon marin, un capitaine au long cours modèle, il fallait, en outre d'aptitudes spéciales à la profession, des connaissances mathématiques assez étendues. On était à bon droit effrayé par la dénomination des calculs, le nom des instruments, et faire *le point* était et est encore le critérium dans la marine marchande. Eh bien non, la navigation n'est pas un problème insoluble ni très difficile, abstraction faite bien entendu, du tempérament de marin. MM. Charcot et Rampal ont divisé leur livre en deux parties : la première s'adresse à ceux qui désirent naviguer à l'estime, la deuxième à ceux qui veulent faire de la navigation observée.

La première consiste à relever la route du navire aussi exactement que possible, en se servant seulement du compas et du loch. Rien d'aussi aléatoire si la route est un peu longue, car les causes d'erreur sont indépendantes du navigateur. La navigation, observée ou astronomique a pour but, de déterminer au moins une fois chaque jour, à moins d'impossibilité absolue, brouillard, tempête, etc., par l'observation des astres, la situation du navire sur le globe et à marquer cette position sur la carte, c'est cette opération qui s'appelle faire le point. Les auteurs se sont imposé la tâche, brillamment réussie d'ailleurs, de schématiser d'une manière absolument pratique toutes les opérations, observations, manipulations et calculs tendant à faire le calcul du point et à le repérer sur la carte.

Point de définitions hasardeuses, ni d'explications inutiles. Comme ils indiquent avec une précision rigoureuse, et dans l'ordre où elles doivent se faire les différentes opérations, il n'y a pas d'erreur possible.

Alors, on est étonné d'apprendre que le problème de la navigation est résolu, pourvu qu'on sache se servir du sextant et avec l'aide d'un chronomètre et de différents ouvrages à consulter, tables des logarithmes de V. Caillet, tables nautiques de Perrin, éphémérides astronomiques de Dubois, etc., etc. Comme les renseignements donnés par ces tables consistent en nombres figurant en face des mois, jour, heure, minute, l'opération est aussi simple que de chercher une date dans un calendrier. Les opérations mathématiques, ne vont qu'à la multiplication, c'est, on le conçoit alors, d'une assez grande simplicité. *La navigation* sera consultée, nous en sommes certain, par les professionnels, et les candidats capitaines au long cours en feront leur livre de chevet. Ouvrage exclusivement mathématique, il comble une lacune et remplace avec avantage tous les traités volumineux et techniques qu'il fallait étudier et consulter, et où le marin novice, s'égarait facilement.

En somme, la littérature nautique possède désormais une méthode pratique et sûre qui permettra à tous les marins de s'orienter et de se diriger eux-mêmes. Œuvre considérable et hérissée de quelques difficultés, il faut bien le croire, puisque, jusqu'à ce

jour, aucun professionnel n'l'avait [illegible]. Il appartenait à un de nos plus sympathiques confrères d'être le vulgarisateur de la [illegible].

Dr MALLET.

Aide-mémoire des maladies du cœur, par Paul LEFERT. (J.-B. Baillière et fils, Paris, 1901).

Cet Aide-mémoire fait partie de cette série bien connue que publient MM. Baillière. Le but est de rappeler d'une façon pratique, les cardiopathies les plus fréquemment rencontrées. On trouve à propos de chaque variété des considérations théoriques, très brèves, mais toujours suffisantes pour faire saisir la nature intime de l'affection. Bien que ce ne soit qu'un aide-mémoire, on peut dire que c'est un traité concis, mais complet des maladies du cœur. Un étudiant y trouve en somme toutes les connaissances que l'on peut exiger de lui et un praticien qui le consulterait peut être sûr d'y rencontrer des notions claires et précises. Il y a deux parties qui sont remarquables par leur méthode et leur groupement : c'est la première, qui étudie la séméiologie du cœur, et c'est ensuite la dernière, qui est consacrée aux accidents et complications des maladies de cet organe.

Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes, par le Dr CHAMPEAUX. (Baillière, Paris 1901.)

Ce livre offre l'originalité de réunir synthétiquement tous les procédés et toutes les méthodes actuellement employés en chirurgie pour l'exploration superficielle ou profonde des organes, dans un but de diagnostic. Dans une première partie, sont traitées les méthodes générales d'exploration communes à tous les organes. Là, sont passés en revue et interprétés les différents phénomènes dont la connaissance nous est révélée par l'exercice de nos sens. Les méthodes de la fluctuation, de la crépitation, de la ponction, de l'aspiration : l'anesthésie exploratrice, la radioscopie, l'endodioscopie, la phonendoscopie, etc., nous montrent l'importance variable qu'il convient de leur donner lorsqu'on veut déterminer telle ou telle affection. La fin de cette première partie est réservée à la topographie pariétale de la cavité cranio-vertébrale, des organes thoraciques et abdominaux. Dans une deuxième partie, sont exposées les méthodes d'exploration particulières spéciales à chacun des organes. L'examen de l'estomac, celui de la vessie, celui de l'appareil génital femelle, comportent surtout un grand développement. Un long tableau des opérations pratiquées sur le vivant, avec le nom de l'inventeur et leurs indications, termine ces *Tableaux synoptiques*.

J. MOUCHOTTE.

Traitement de l'épilepsie, par le docteur GILLES DE LA TOURETTE. (J.-B. Baillière et fils, éditeur, Paris, 1901.)

On sait depuis longtemps que le bromure de potassium est le moyen le plus efficace de combattre l'épilepsie, mais ce que l'on connaît moins, ce sont les règles qui doivent présider à son administration. M. Gilles de la Tourette vient combler cette lacune en indiquant avec précision les règles du traitement bromuré, tel qu'il est appliqué à la Salpêtrière et tel que nous l'avons trouvé appliqué à Bicêtre quand nous sommes devenu l'interne de M. le Dr Bourneville, c'est en quoi son livre est intéressant pour les praticiens.

Etant donné un cas d'épilepsie, il convient d'arriver à déterminer la dose capable de s'opposer au retour des accès, ce que l'auteur appelle la *dose suffisante*, très variable selon les sujets. On y arrivera en augmentant progressivement de 1 gramme par semaine la dose de bromure. Comment reconnaître que la dose suffisante est atteinte ? A certains symptômes présentés par le malade, qui éprouve une sensation de lourdeur, de fatigue, de la tendance au sommeil. Mais le signe le plus précieux, qui nous démontre qu'il y a imprégnation et non intoxication, est d'après M. G. de la T., le *signe* de la *pupille*, sur lequel l'auteur s'étend longuement en raison de son importance.

L'auteur passe ensuite au traitement des accidents locaux et généraux, qui sont la conséquence de l'administration du bromure (1).

P. RELLAY.

1) Rappelons le grand rôle de l'hydrothérapie (bains et douches), du bromure de camphre contre le petit mal et des purgatifs (antisepsie de l'intestin). B.

La Cryoscopie des urines : applications à l'étude des affections du cœur et des reins, par MM. CLAUDE, ancien interne lauréat des hôpitaux, et V. BALTHAZARD, interne des hôpitaux de Paris. (chez J.-B. Baillière et fils, Paris.)

Ce petit volume fait partie de la collection des « Actualités médicales. » Il est divisé en trois chapitres. Dans le premier, les auteurs étudient la cryoscopie au point de vue physique et discutent les conditions dans lesquelles les lois de Raoult sont applicables à la biologie, puis décrivent l'appareil qu'ils ont fait construire pour déterminer cliniquement le point de congélation de l'urine. Le chapitre second traite de l'application de la cryoscopie au diagnostic et au pronostic des affections du cœur et des reins. Après avoir exposé la théorie physiologique de la sécrétion rénale, qui a cours aujourd'hui, MM. Claude et Balthazard expliquent ce que l'on entend par la diurèse moléculaire et le taux des échanges moléculaires. Ils s'occupent ensuite de la cryoscopie des urines normales et pathologiques (maladies du cœur, néphrites, etc...) Le troisième chapitre est consacré à l'étude et à la comparaison des résultats fournis par la cryoscopie et les autres modes d'exploration des fonctions rénales.

Le livre de MM. Claude et Balthazard résume l'état actuel de nos connaissances sur l'application de la cryoscopie à la physiologie et à la pathologie et mérite de fixer l'attention des lecteurs.

D. YVON.

VARIA.

XIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes

Ce congrès se tiendra du jeudi 1er août au mercredi 7 août, à Limoges : nous prions instamment ceux de nos collaborateurs et de nos confrères qui ont l'intention d'y faire des communications de nous en envoyer le *résumé* AVANT le 10 AOUT.

XIVe Congrès international de Médecine.

Les travaux préparatoires du XIVe Congrès International de Médecine ont commencé. Le Comité exécutif a été constitué ainsi qu'il suit : *Président*; Prof. Julian CALLÉJA Y SANCHEZ : *Secrétaire général*: Dr Angel FERNANDEZ-CARO Y NOUVILAS: *Trésorier* : Dr José GOMEZ Y OCANA ; *Membres* : Les Présidents et Secrétaires des Sections.

Extrait du reglement. — ART. 1. Le XIVe Congrès International de Médecine se réunira à Madrid., sous le patronage de LL. MM. le Roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, du 23 au 30 avril 1903. — La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril. — Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

ART. 3. Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas. Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat Général (Faculté de Médecine, Madrid), lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective : cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes.

ART. 9. Le Congrès sera divisé dans les sections suivantes : I. Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie). — II. Physiologie, Physique et Chimie biologiques. — III. Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie. — IV. Thérapeutique, Pharmacologie et Matière médicale. — V. Pathologie interne. — VI. Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle. — VII. Pédiatrie. — VIII. Dermatologie et Syphiligraphie. — IX. Chirurgie et Opérations chirurgicales. — X. Ophtalmologie. — XI. Otologie, Rhinologie et Laryngologie. — XII. Odontologie. — XIII. Obstétrique et Gynécologie. — XIV. Médecine et Hygiène militaire et navale. — XV. Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique. — XVI. Médecine légale.

Art. complémentaire. Les Dames appartenant aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront

des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des Membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le payement de 12 pesetas par personne.

Lutte des Krankenkasse contre les Médecins et Pharmaciens.

On se souvient encore de la grève des médecins qui éclata il y a deux mois à Leipzig.

Poussés à bout par les exigences de plus en plus insupportables des krankenkasse, les médecins affiliés à ces caisses avaient fini par se révolter en masse. La lutte allait menacer de devenir ardente, car les caisses avaient immédiatement annoncé dans les journaux qu'elles avaient besoin de 90 médecins et qu'elles alloueraient à ceux-ci de 4 à 5000 marks par an, quand un arrangement à l'amiable se fit entre les partis. A Munich, pareil fait a manqué de se produire aussi, peu de temps après. Il semble que dans presque toutes les villes de l'Allemagne les rapports entre les krankenkasse et leurs médecins soient également tendus.

Les intérêts en jeu sont considérables, puisque les membres des krankenkasse représentent plus du quart de la population de l'Allemagne. Aujourd'hui, c'est contre les pharmaciens que les krankenkasse viennent d'engager la lutte, notamment à Berlin.

Il y a cinq semaines, les krankenkasse de Berlin qui avaient réduit le nombre de pharmacies où devaient s'adresser leurs malades à soixante, envoyèrent à leurs médecins deux espèces de feuilles d'ordonnance avec ordre de n'inscrire sur les unes que les médicaments que seules les pharmacies pouvaient délivrer, sur les autres, tous les autres médicaments que peuvent vendre les droguistes.

Jusqu'ici, cette double manœuvre semble avoir échoué complètement. D'une part, le boycottage d'un certain nombre de pharmacies a été inutile parce que les pharmaciens privilégiés ont partagé leurs bénéfices avec les pharmacies non favorisées. D'autre part, les autorités ont menacé de peines disciplinaires et les médecins qui enverraient des ordonnances magistrales chez les droguistes et les droguistes qui les exécuteraient.

La Peste en Europe

La peste qui continue à régner au Cap, où jusqu'à la fin de juin, elle a fait 753 victimes et causé 356 décès, vient de faire son apparition à Constantinople où elle aurait atteint 4 personnes : ces cas d'abord considérés comme douteux, sont bien démontrés être des cas de peste par l'examen bactériologique fait au lazaret ; un des malades aurait succombé.

La maladie à l'heure actuelle a de nombreux foyers dans l'Inde, en Chine, à Maurice, au Cap, en Turquie d'Asie, etc, etc., Le fléau peut d'un jour à l'autre nous être apporté, puisque des cas de peste ont été constatés à Port-Saïd, d'autres à Constantinople, d'autres encore dans divers ports anglais.

Les journaux du 9 juillet nous apprennent qu'un navire infecté le *Laos*, est arrivé de Port-Saïd à Marseille ayant à bord quinze de ses chauffeurs Kabyles pestiférés. Le « *Laos* », venant du Tonkin, avait à bord 317 passagers dont 92 soldats, sans compter les officiers et l'équipage. Malgré une protestation adressée au préfet des Bouches-du-Rhône, les passagers du « *Laos* » ont été mis en quarantaine au Lazaret du Frioul, où on les a, sur leur demande, isolés des 50 autres chauffeurs non atteints. La quarantaine très sévère durera dix jours si de nouveaux cas de peste ne se manifestent pas. Les quinze malades ont été débarqués et isolés à l'hôpital.

La fondation Rudolph Wirchow.

Pour le 80e anniversaire de Wirchow qui tombe le 13 octobre de l'année présente, on a résolu d'augmenter considérablement le capital de la Fondation Rudolph Wirchow.

Voici en deux mots l'histoire de cette fondation et en même temps les fruits qu'elle a déjà portés.

Il y a 20 ans, en 1881, les amis, admirateurs, collègues et élèves de R. Wirchow réunirent un capital de 78.000 marks qui furent offerts au maître afin qu'il en disposât entièrement à son gré. Ce fut à l'encouragement de recherches scientifiques que R. Wirchow destina les revenus de cette somme administrée par la Banque Delbruch and Co et en particulier à l'encouragement des recherches d'anthropologie et d'ethnologie, auxquelles l'Etat n'avait alloué jusqu'alors que de minces crédits.

Chaque année, le *Journal d'Anthropologie et d'Ethnologie et de Préhistoire* donne un compte rendu de l'état de la fondation et de l'allocation faite de ses revenus.

Outre les sommes allouées pour les frais de moulages et des objets divers d'anthropologie, dont toute la propriété est cédée à la Société d'Anthropologie de Berlin, des crédits importants ont encore été attribués aux entreprises suivantes :

1° Pour les fouilles à Nordkausen faites par le Dr Dolbeschow-Wladikawkas ; 2° pour les fouilles du Sud-Caucase, par M. Frederich Bayern ; 3° 10.000 marks pour les recherches des Drs Nulk et Lehmann en Arménie ; 4° expédition de Malacca, etc...

Au point de vue médical, rappelons que les recherches sur les effets de l'inanition faites sous la direction de Senator, Luntz, Munk et Fr. Müller purent être menées à bonne fin, grâce aux allocations prises sur la fondation. Depuis 1881, de nouvelles donations ont augmenté le capital de la fondation qui atteint actuellement 137.000 marks. Puisse le 80e anniversaire la voir atteindre deux cent mille. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 17 juin 190, page 659.)

Les séminaristes et le service militaire : infirmiers ou soldats ?

Comme tout le monde, le général André propose d'employer l'année de service que font les séminaristes à leur apprendre le métier d'infirmiers auquel ils sont présentement destinés en temps de guerre. La commission de l'armée veut que les séminaristes continuent à se préparer, par le maniement du fusil, à l'emploi de la seringue. La logique semble assurément du côté du ministre.

Mais pourquoi les séminaristes seront-ils infirmiers en temps de guerre ? Pourquoi ne feraient-ils pas le coup de fusil comme les autres ? Est-ce qu'à la mobilisation, chacun sera classé selon la profession qu'il exerce ?

La religion des séminaristes leur interdit de tuer, dira-t-on. Pourquoi alors le prêtre fait-il aux autres un devoir de porter les armes ? Le meurtre n'est pas un péché que pour les seuls séminaristes. L'Eglise a l'horreur du sang. Elle bénit cependant ceux qui le versent.

La commission n'a donc pas tort de vouloir que les séminaristes fassent leur service comme tout le monde. Mais elle devrait, pour rester d'accord avec elle-même, exiger que les séminaristes le fissent jusqu'au bout, comme tout le monde : et qu'ils ne fussent pas seulement soldats tant qu'on ne se bat pas. (G. Clémenceau. *Le Bloc*, 2 juin 1901.)

La retraite de Mlle Bottard.

Mlle Bottard, la doyenne des infirmières laïques du monde entier, qui était entrée à la Salpêtrière en 1840, sous la direction de Censier, à l'âge dix-huit ans, prend sa retraite. Mais, contrairement à ce qu'on a dit, elle ne quittera pas la Salpêtrière. Elle nous déclarait même tout à l'heure qu'elle compte y finir ses jours. Elle occupe encore la loge de la surveillance du quartier Charcot, situé au fond de la quatrième cour des bâtiments de gauche de l'immense hospice dont la population dépasse 5.000 habitants. Elle gardera son service jusqu'à la fin du mois courant, et c'est seulement à dater du 1er août qu'elle prendra possession du « pied de lit » auquel, en vertu des règlements de l'hospice, qui datent de Mazarin, ont droit toutes les infirmières ayant vingt ans de services, et qui consiste dans le logement et la nourriture assurés à vie à ses bénéficiaires. Mlle Bottard, à qui le président Félix Faure attacha le ruban de chevalier de la Légion d'honneur, qu'elle porte toujours en un mince liseré sur ses vêtements de travail, a triplement droit à la pension des infirmières de la Salpêtrière, car elle compte soixante et un ans de services, record de dévouement qui n'avait jamais été atteint, nous a dit le directeur, dans cette maison, depuis sa fondation en 1656. (*Le Temps* du 5 juillet 1901.)

L'imprudence d'une religieuse à l'hospice d'Orléans.

La Presse parisienne a fait grand bruit autour de la fatale erreur de l'infirmière de Lariboisière qui fit, hélas ! plusieurs victimes : elle fut beaucoup plus réservée sur la catastrophe de l'Asile de Noisy le-Sec où neuf veillards furent asphyxiés grâce au manque absolu de surveillance des religieuses de l'établissement. Nous relevons dans le *Journal* du 3 juillet le fait-divers suivant qui montre que tout n'est pas pour le

mieux avec les bonnes sœurs dans les établissements hospitaliers :

ORLÉANS, 2 juillet. — Une enquête est ouverte sur les circonstances dans lesquelles s'est produit, à l'hospice d'Orléans,un accident qui cause une vive émotion. Avant-hier, la religieuse chargée de la garde des aliénés, dans une section spéciale de l'hôpital, négligea de fermer à clef une armoire contenant des flacons pharmaceutiques. Une bouteille contenant 40 grammes de chlorate resta, notamment, à la portée des malades. Peu après le départ de la religieuse, une malheureuse femme s'empara de cette bouteille de chlorate et la vida. Elle fut trouvée peu après par un interne, dans un état effroyable, et, malgré les soins immédiats du médecin en chef de l'hospice, aussitôt prévenu, la victime de cette imprudence mourut en trois heures.

Lorsque les internes voulurent administrer de l'oxygène à la malade, on ne put en trouver : la réserve de l'Hôtel-Dieu était épuisée et on ne parvint à s'en procurer qu'une heure après.

L'hypnotisme en justice

Une décision de la cour d'appel de Gand, admet l'usage de l'hypnotisme par des experts comme moyen d'investigation judiciaire. D'après le *Matin* du 7 juillet il s'agit d'un sieur Borreman qui, ayant été sérieusement blessé et étant devenu complètement sourd des suites d'une bagarre politique survenue à Alost, avait obtenu, en première instance, 15,000 francs de dommages et intérêts contre ses agresseurs.Ceux-ci interjetèrent appel, réclamant un nouvel examen médical en vue d'établir le degré de surdité de la victime. Les experts firent plusieurs expériences et en arrivèrent à cette conclusion que, pour avoir une certitude sur les points à élucider, ils désiraient soumettre le sujet à l'hypnose. La partie civile ayant déclaré qu'elle acceptait cet examen, la cour a rendu un arrêt permettant aux experts de compléter leur rapport par les expériences d'hypnotisme préconisées.

Actes et thèses de la Faculté.

Lundi 15 juillet, à 1 heure. — *M. Diard* : Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive ; MM. Fournier, Gaucher, Méry et Desgrez. — *M. Odinet* : Contribution à l'étude de la médication cacodylique ; MM. Fournier, Gaucher, Méry et Desgrez. — *M. Forgeas de la Mothe* : Hypotonie organique dans la pelade ; effet thérapeutique du massage ; MM. Fournier, Gaucher, Méry et Desgrez.

Mardi 16 juillet, à 9 heures. — *M. Guibert* : Etat sanitaire de la ville de Saint-Brieuc, 1595-1900 ; MM. Tillaux, Campenon, Toinot et Delbet. — *M. Brissaud* : De l'adénite des ganglions prélaryngés ; MM. Tillaux, Campenon, Thoinot et Delbet. — *M. Breton* : Sur les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie supra-vaginale : MM. Tillaux, Campenon, Thoinot et Delbet. — *M. Lesourd* : Considérations sur le sarcome primitif ; MM. Tillaux, Campenon, Thoinot et Delbet.

A1 heure. — *M. Appraïlli* : Malformations congénitales de l'extrémité supérieure du radius ; MM. Le Dentu, Schwartz, Quénu et Wallich. — *M. Valsamides* : De l'extirpation des trompes par le procédé anatomique ; MM. Le Dentu, Schwartz, Quénu et Wallich. — *M. Renaud* : De l'arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant ; MM. Le Dentu, Schwart, Quénu et Wallich. — *M. Roger* : De l'ossification des moignons d'amputation ; MM. Le Dentu, Schwartz, Quénu et Wallich. — *M. Brule* : Contribution à l'étude des appareils ambulatoires dans les fractures du membre inférieur ; MM. Berger, Rémy, Richelot et Faure. — *M. Matevet* : Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle ; MM. Berger, Rémy, Richelot et Faure. — *M. Dramard* : De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë ; MM. Berger Rémy, Richelot et Faure. — *M. Renaudière de Vaux* : Contribution à l'étude des éventrations post-opératoires par atrophie musculaire ; MM. Berger, Rémy, Richelot et Faure. — *M. Duche* : De la précocité intellectuelle ; MM. Blanchard, Launois, Gley et Tessier. — *M. Peyot* : Les surdités de la furonculose et de la grossesse ; existence d'un centre psychique d'auto-audition ; MM. Blanchard, Launois, Gley et Tessier. — *M. Napier* : Traitement des tumeurs malignes inopérables ou récidivantes par les sels de quinine (méthode de M. Jaboulay) ; MM. Blanchard, Launois, Gley et Tessier.

Faculté de médecine.

STAGE HOSPITALIER *pendant la période des vacances.)* — MM. les Etudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, *et qui n'auraient pu pour des motifs sérieux accomplir le stage du 1er décembre au 15 juin*, sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au 1er novembre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés. Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au Doyen de la Faculté, du 15 juin au 15 juillet, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

TRAVAUX PRATIQUES. — *Séries spéciales facultatives d'octobre 1901.* — Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries spéciales facultatives de travaux pratiques seront formées en octobre 1901, savoir :

1re *année*. — Chimie biologique, histologie, physique et physiologie ; 2e *année*. — Physique, histologie et physiologie ; 3e *année*. — Parasitologie, anatomie pathologique, chimie pathologique et médecine opératoire.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs pour chaque série d'exercices. Pour être admis dans ces séries spéciales MM. les Etudiants devront en faire la demande écrite à M. le Doyen, avant le 2 octobre, dernier délai, en indiquant la nature des travaux qu'ils désirent suivre.

ERRATUM

Une erreur a été commise dans le dernier numéro. La biographie de notre ami le Dr TROISIER a paru précédée du nom du Pr LAVERAN qui avait été donné comme modèle à l'imprimerie.

FORMULES

II. — Contre les dyspepsies hypersthéniques avec hyperchorhydrie.

Solanine	0 gr. 10
Acide sulfurique dilué par dissolution	0 gr. 09
Picrotoxine	0 gr. 01
Chlorhydr. de morphine	0 gr. 05
Chlorhydr. de cocaïne	0 gr. 03
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Yvon	1 gr.
Eau de laurier-cerise	12 gr.

Quatre gouttes avant les deux principaux repas.

Alb. ROBIN.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 23 juin au samedi 29 juin 1901, les naissances ont été au nombre de 1,126 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 438, illégitimes 129. Total 567. — *Sexe féminin* : légitimes, 421, illégitimes, 138. Total, 559.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 3.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 23 juin au samedi 29 juin 1901, les décès ont été au nombre de 848, savoir : 510 hommes et 338 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 4 F. 0. T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 4, F. 6, T. 10. — Rougeole : M. 9, F. 5, T. 14. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 5, T. 7. — Diphtérie et Croup : M. 3, F. 3, T. 6. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0. F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 0, F. 0, T. 0. — Tuberculose des poumons : M. 119, F. 60, T. 179. — Tuberculose des méninges : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 4, T. 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 19, F. 31, T. 50. — Méningite simple : M. 9, F. 8, T. 17. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 25, F. 20, T. 45. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 33, T. 60. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 5, T. 13. — Bronchite chronique : M. 15, F. 5, T. 20. — Pneumonie : M. 25, F. 10, T. 35. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 43, F. 23, T. 66. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 2, F. 1, T. 3 ; autre alimentation : M. 19, F. 8, T. 27.—Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 4. F. 0, T. 4. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0. F. 0,

T. 0. — Hernies, obstruction intestinale : M. 8. F. 4. T. 12. — Cirrhose du foie : M. 1, F. 2, T. 3. — Néphrite et mal de Bright : M. 12. F. 6, T. 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 5, T. 5.— Septicémie puerpérale (fièvre,péritonite,phlébite puerpérale) : M. 0. F, 3. T.3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement: M. 0. F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12. F. 8. T. 20.— Débilité sénile : M. 9. F. 21, T. 30.— Morts violentes : M. 26. F. 9. T. 35.— Suicides : M. 11, F. 4. T. 15. — Autres maladies : M. 76. F. 43. T. 119.— Maladies inconnues ou mal définies : M. 8. F. 4. T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66. qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 21. illégitimes. 9. Total : 30. — *Sexe féminin* : légitimes. 24. illégitimes. 12. — Total : 36.

Nouveau journal médical. — Un nouveau journal médical « *Le Caducée* » de médecine et de chirurgie d'armée et bi mensuel, vient de paraitre sous la direction de notre distingué confrère, le Dr Granjux, du *Bulletin médical*. L'indépendance de son rédacteur permettra au *Caducée* de faire œuvre utile et nous souhaitons bien sincèrement à notre nouveau confrère, longue vie et prospérité. N. D. L. R.

Société d'hypnologie et de psychologie. — La *dixième séance annuelle* de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le Mardi 16 Juillet 1901, à *quatre heures précises*, au palais des Sociétés Savantes. 28. rue Serpente. sous la présidence de M. le Dr Jules Voisin. médecin de la Salpêtrière. Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent. les titres de leurs communications à M. le Dr Bérillon, secrétaire général. 14. rue Taitbout. Après la Séance annuelle, un Banquet aura lieu à sept heures, comme les années précédentes. au restaurant du Palais des Sociétés Savantes. Tenue de ville (Adresser les adhésions à M. le Dr Bérillon. secrétaire général. 14. rue Taitbout).

Institut de Médecine coloniale. — Nous lisons dans le *Journal* du 8 juillet : Où sera l'Institut de médecine coloniale ? Comme nous l'avons annoncé, la concurrence était ouverte entre Paris, Marseille et Bordeaux. C'est l'Ecole de médecine de Bordeaux qui l'emporte. suivant les conclusions d'une des plus éminentes autorités du corps de santé naval. Cette solution a paru la plus conforme aux intérêts de la science. des études coloniales et des deniers publics.

Concours du Clinicat de la Faculté de Paris. — Ont été désignés au concours comme *Chef de clinique des maladies nerveuses* : A. Sicard. titulaire ; A. Riche. adjoint ; *Chef de clinique des maladies cutanées* : Milian. titulaire ; H. Bernard, adjoint ; *Chef de clinique médicale* : Gandy, titulaire ; Griffon, adjoint ; *Chef de clinique de gynécologie* : Jayle. titulaire : Beaussenat. adjoint ; *Chef de clinique d'obstétrique* : Couvelair et Perrot, titulaires ; Delestre et Chéron. adjoints.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Roussel (de Genève). auteur d'une méthode de transfusion du sang ; — M. le Dr de Fontarbe. médecin en chef de la marine ; — M. le Dr C. Hirigoyen. de Bordeaux.

Concours de l'Adjuvat. — Le jury pour le concours de l'Adjuvat se compose provisoirement de MM. Quénu. Demoulin. Tuffier. Debove.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Sigalas est nommé professeur de physique pharmaceutique (chaire nouvellement créée).

Un sanatorium pour instituteurs. —Le Conseil général vient d'inviter l'administration à étudier et à déposer le plus rapidement possible un projet d'établissement d'un sanatorium pour les instituteurs et institutrices du département de la Seine atteints de la tuberculose. Ce sanatorium serait établi dans un bois de 111 hectares. très bien exposé. faisant partie du domaine de Vaucluse. à quelques kilomètres de Paris. Ainsi. en même temps que serait utilisée. au mieux des intérêts de la population départementale. une partie d'un beau domaine. improductive actuellement. on accomplirait une œuvre de haute importance humanitaire. (*Journal*. 30 juin 1901.

Un match entre deux médecins. — M. W. Mathew Hay. médecin de l'Université d'Aberdeen. est un partisan convaincu de la vaccination ; son collègue. le docteur Makenzie. de Stonehaven. peut compter. au contraire. parmi les plus fanatiques adversaires de Jenner et de sa méthode. Le médecin d'Aberdeen ayant proposé d'expérimenter le degré d'immunisation des sujets vaccinés et non vaccinés. son collègue de Stonehaven accepte la gageure. Il propose d'aller faire. en compagnie de sa femme. une « season » dans l'hôpital des varioleux d'Aberdeen. à la condition que le docteur W.-M. Hay et son épouse en feront autant. Ils seraient tous les quatre dans le cas le plus favorable pour tirer au clair cette question si controversée de la vaccination selon Jenner. Le docteur Hay acceptera-t-il le match ? Il est, en effet, peu commun de voir deux médecins opérer sur eux-mêmes de semblables expériences. (*Journal*.)

Exposition contre le mal de mer. — *Une exposition spéciale de tous les moyens de défense contre le mal de mer*, et un Congrès contre ce mal, auront lieu cette année en août et septembre. à Ostende (Belgique). sous le patronage de l'Administration communale et la Haute Protection de S. M. le Roi des Belges.

1re Section. — Appareils de suspension ou autres destinés à diminuer les effets du mouvement du navire. Plans de navires spéciaux contre le mal de mer. 2e Section. — Appareils destinés à immobiliser les viscères (le ventre). 3e Section. — Aération et régénération de l'air des cabines. Oxygénation du malade. Déodorisation des locaux. 4e Section. — Exposition de tout ce qui concerne l'Hygiène préventive contre le mal de mer (sièges divers, appareils d'entraînement, alimentation. boisson). 5e Section. — Remèdes et autres procédés pour guérir le mal de mer. 6e Section. — Brochures. écrits. journaux. sur le mal de mer chez l'homme et les animaux.

Des expériences publiques auront lieu sur les bateaux faisant les environs d'Ostende. Les divers moyens. procédés, remèdes contre le mal de mer. présentés à l'Exposition ou discutés au Congrès spécial de la Ligue. seront étudiés comparativement.

Pédagogie. — Les corrections manuelles humilient ceux qui les infligent et abêtissent ceux qui les reçoivent.

Rabelais n'avait pas attendu d'être docteur pour exercer. et cinq ans avant sa réception au doctorat, on le voit médecin au grand Hôtel-Dieu de Lyon, d'où il fut remplacé par une décision des consuls (dont malheureusement nous n'avons pas les noms). pour s'être absenté *pendant deux jours sans congé*. (*Revue médicale de Normandie*, du 10 mai 1901). Les médecins de nos jours trouveraient cette mesure un peu roide.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes. — *Concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale*. — Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans. ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs. Par décision rectorale en date du 20 avril 1901. un concours sera ouvert devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, le 7 octobre 1901. pour un emploi de *Chef de clinique chirurgicale*.

Incinération. — Nous annonçons à nos amis. avec un très vif chagrin. dit le *Journal de Seine-et-Oise* (21 mai), la mort de Charles Fontainas. 33e vice-président du Conseil de l'Ordre du Grand-Orient de France. grand Commandeur du Grand Collège des Rites dont les *obsèques civiles* et l'*incinération* ont eu lieu dimanche dernier au Père-Lachaise.

L'esprit des autres. — Encore trouvera-t-on que l'action profonde d'avenir emporte rarement le suffrage du présent. plus prompt aux violences reflexes de régression qu'à l'effort laborieux de se vaincre pour entrer dans une voie nouvelle. (G. Clémenceau. *Le Bloc*. 9 mai 1901).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise.)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 29. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 20 JUILLET 1901

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Etude sur les scléroses pulmonaires d'origine parasitaire.

Par le Dr **Gabriel ARTHAUD.**

I. ETUDE ANATOMIQUE.

Tous les auteurs, tant anciens que modernes, sont sensiblement d'accord pour fixer à environ 25 % le taux annuel de la mortalité par tuberculose. Ce chiffre est considérable et mérite sans nul doute de fixer l'attention de l'hygiéniste et du législateur. Cependant, si, au lieu de rechercher quel est le tribut prélevé par le bacille de Koch sur une population, on s'attache à essayer de fixer le nombre des individus atteints de tuberculose, quoique succombant à d'autres affections nettement distinctes, on arrive à des chiffres bien plus effrayants encore.

Il n'est pas un anatomo-pathologiste qui n'ait été frappé de la fréquence avec laquelle se présentent chez l'adulte ou le vieillard les indurations semi-scléreuses semi-caséeuses des sommets du poumon.

Depuis Bayle, on ne pourrait signaler un seul auteur qui n'ait remarqué et consigné combien fréquemment, chez des malades succombant à des affections quelconques, se rencontraient ces lésions si bien décrites par Laennec, ces cicatrices froncées, ces indurations sous-jacentes, ces rétractions superficielles, considérées par lui comme caractéristique de lésions tuberculeuses cicatrisées. Nous nous sommes efforcé plusieurs fois dans le cours de notre carrière, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à Saint-Antoine, soit et surtout, à l'hospice d'Ivry, de relever le nombre de poumons ainsi indurés aux sommets sur l'ensemble des autopsies que nous pratiquions et nous avons à des époques différentes dressé à cet égard des statistiques qui nous ont donné des moyennes sensiblement concordantes.

Plus récemment, notre regretté confrère, le docteur Pilliet avait également procédé aux mêmes recherches et les résultats qu'il nous avait communiqués s'écartaient fort peu des nôtres.

C'est dans une proportion de 70 à 80 % que notre expérience personnelle nous a permis de rencontrer des lésions tuberculeuses dans l'ensemble général des autopsies pratiquées dans une même population hospitalière. C'est donc chez l'adulte ou le vieillard dans une proportion bien minime de 20 à 30 pour 100, que l'on rencontre des poumons indemnes de tubercules ; ces chiffres ont leur éloquence et montrent mieux que toutes les déductions la possibilité d'une régression fibreuse des tubercules. En effet, on peut en conclure que si à Paris on trouve 75 % de tuberculeux, il n'en meurt que 25 %, et il reste une proportion de 50 % de tuberculeux, latents, succombant à d'autres affections mais chez lesquels l'évolution classique de l'affection s'est trouvée enrayée soit par l'effet d'une hygiène appropriée, soit par l'influence heureuse d'une thérapeutique bien dirigée. Il n'en reste pas moins évident que cette moitié de la population est le noyau de tuberculoses fermées qui fournit, par réveil spontané de la maladie ou par transmission héréditaire aux descendants, les candidats futurs aux tuberculoses ouvertes. Malgré cela, l'usage paraît s'être établi de négliger inconsciemment ces lésions et leurs manifestations cliniques. En clinique, dès que les signes stéthoscopiques grossiers ont disparu ou dès que l'on constate leur absence, on s'empresse en général de conclure que le poumon est sain, sans tenir compte le plus souvent, soit des réveils possibles, soit des désordres secondaires que toute lésion anatomique, même légère, d'un organe comme le poumon, doit fatalement entraîner.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, la question se simplifie encore et l'on se borne à consigner sur le procès-verbal d'autopsie que les poumons sont sains, sauf quelques cicatrices molles ou crétacées, ou quelques îlots caséeux. Tout au plus, quand on veut être complet, mentionne-t-on un léger degré d'emphysème pérituberculeux plus ou moins étendu. Ce n'est que dans des cas très exceptionnels, lorsque les cicatrices sont très étendues, l'importance primordiale de ces lésions très évidentes, que l'on a quelquefois décrit et étudié ces formes spéciales du tubercule sous le nom de phthisie fibreuse : mais il convient de le remarquer, ces cas sont rares et constituent l'infime minorité des poumons de ce genre. Il nous a donc paru utile de rechercher à l'aide d'investigations plus approfondies, si

les scléroses pulmonaires localisées, si fréquentes dans la pratique, puisqu'elles s'observent d'après nous sur 50 % des malades, ne présentaient pas, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique un intérêt plus grand que celui qu'on leur accorde ordinairement. C'est dans ce but que nous avons entrepris ce travail, dans lequel nous nous efforcerons de montrer : 1° que les cicatrices indurées des sommets, même très localisées, sont toujours symptomatiques d'une sclérose étendue du poumon de même nature et de même origine ; 2° que cette sclérose, en apparence inacessible à nos moyens d'investigation, peut et doit être retrouvée chez le vivant en perfectionnant sur certains points nos procédés habituels d'investigation, palpation, percussion, auscultation ; 3° que ces scléroses, indifférentes en apparence au point de vue clinique, entraînent à leur suite un état morbide spécial toujours le même, bien que variable dans ses modalités, et servent de substratum anatomique à un syndrome que nous désignerons sous le nom d'insuffisance pulmonaire.

Si l'on recueille, en se guidant sur les données précédemment exposées, une série de poumons provenant soit de tuberculeux avérés soit de malades présentant accidentellement à l'autopsie des cicatrices localisées, on se trouve en présence d'organes affectant un caractère qui leur est commun, celui de la sclérose parasitaire plus ou moins étendue, mais présentant en même temps par leur ensemble des différences assez tranchées pour qu'il soit nécessaire d'en distinguer plusieurs types.

Le premier type, le plus tranché, mais aussi le plus rare, sera représenté par les scléroses massives à cicatrices étendues, à consistance cartilagineuse, affectant presque toute l'étendue de l'organe. C'est le type quelquefois décrit sous le nom de phthisie fibreuse.

Un deuxième type, le plus fréquent, sera celui dans lequel on voit coexister une cicatrice plus ou moins étendue du sommet, mais avec des adhérences pleurales plus ou moins nombreuses. On constate en outre dans l'ensemble de l'organe une atrophie et une rétraction plus ou moins manifestes accompagnées d'un léger degré d'emphysème des bases.

Un troisième type, presque aussi rare que la sclérose massive, dans ses formes pures, sera celui de l'emphysème à peu près généralisé de l'organe avec prédominance nette aux bases et répartition très inégale de l'intensité de cet emphysème vers le sommet. Dans cette forme, malgré l'intégrité des plèvres, se rencontrent et s'observent surtout les cicatrices en bourse de Laënnec.

Tels sont les trois types essentiels que l'on rencontre et autour desquels on peut grouper les formes mixtes résultant de la fusion plus ou moins profonde de ces divers types entre eux.

Les scléroses massives pures ne manquent jamais d'attirer l'attention, aussi ont-elles été décrites avec soin, en particulier par Bar, de Lyon, qui les a minutieusement étudiées, même au point de vue histologique. Il en est tout autrement de la sclérose atrophique ordinaire et surtout de l'emphysème scléreux qui méritent mieux au point de vue de leur importance que les descriptions un peu restreintes des auteurs et le peu d'intérêt avec lequel, dans la pratique courante des autopsies, on les envisage, en les considérant presque toujours comme une lésion absolument banale et sans retentissement sur les fonctions générales.

I. — Les scléroses massives sont assez faciles à caractériser au point de vue macroscopique. Elles transforment l'organe en une masse plus ou moins compacte surtout au sommet, masse composée de noyaux confluents de consistance fibreuse, semi-cartilagineuse, d'aspect lardacée à la coupe, séparés par des intervalles de tissu pulmonaire encore reconnaissable par place, mais épaissi, induré, conservant encore cependant la structure alvéolaire. Dans l'intérieur des masses fibreuses riches en vaisseaux, se rencontrent des cavités et des cavernes, les unes closes, les autres communiquant avec les bronches à parois irrégulières et anfractueuses, à surface parfois lisse, parfois tapissée d'enduits caséeux en voie de fonte. D'autres cavités se montrent remplies d'un liquide jaunâtre, ocreux, gélatiniforme, de consistance variable, tantôt presque liquide, tantôt plus ferme. Dans d'autres points, au milieu de la coque fibreuse extérieure, se rencontrent des masses de tissu muqueux englobées dans la gangue fibreuse extérieure.

Il y a quelques années, ces formes fibreuses pures étaient rares surtout dans les formes les plus massives et l'on trouvait presque toujours des points dans lesquels l'évolution tuberculeuse à type caséeux se retrouvait avec ses caractères habituels. Dans les recherches récentes que nous avons pu faire grâce à l'obligeance du Dr Gougenheim sur des malades succombant à des affections laryngées et soignés par les médications tanniques ou créosotées intensives, nous avons eu l'occasion de rencontrer des scléroses massives pures et sans trace de caséification, ce qui nous a permis de compléter sur certains points l'examen histologique incomplet de nos premières études. Cette étude histologique permet d'ailleurs de se rendre un compte exact à la fois du mode de formation des cavernes et de leur mode de régression. Leur mode de formation est trop conforme en tous les points à la description classique de Charcot pour mériter une description. La confluence des tubercules, leur fonte, la formation d'une cavité uni ou plurilobulaire, sont des faits trop classiques pour qu'il soit utile de s'y arrêter. Le mode de régression, moins connu, mérite une description plus détaillée, car il est moins banal. D'après nos études voici ce que nous avons pu constater : dans les cavernes où la suppuration se tarit, la zone inflammatoire extérieure formant zone sclérogène périphérique poursuit son évolution et s'organise en tissu fibreux laissant exsuder par diapédèse, dans la cavité, des leucocytes et du liquide qui s'éliminent par la bronche tant que celle-ci reste ouverte. Mais quelque lente que soit la tendance au bourgeonnement de la cavité, comme cette tendance se manifeste surtout au voisinage de la partie terminale de la bronche, et que cette partie est étroite, au bout d'un temps d'autant plus long que la cavité est plus grande, l'orifice finit par s'obstruer. Dès lors la caverne devient une cavité close dans laquelle la diapédèse continue à verser un exsudat liquide inflammatoire s'enrichissant progressivement en leucocytes mélangés d'hématies. Ce premier stade paraît long, mais il finit par se réaliser même pour d'énormes cavités. Quand ce premier travail se trouve terminé, il se passe alors dans l'intérieur de la cavité un travail absolument analogue à celui qui se produit dans l'organisation de l'humeur aqueuse ou vitrée à la suite des inflammations lentes du globe oculaire. Les leucocytes coagulent autour d'eux le liquide, se réunissent et s'organisent en tractus lymphatiques, en cellules vaso-formatrices, en cellules fixes ; de sorte qu'après un stade relativement court, l'ensemble de la cavité se trouve comblé par un tissu fibreux peu dense, d'aspect muqueux,

dont les rares vaisseaux se prolongent avec ceux de la paroi. A partir de ce moment la caverne est définitivement comblée par un mécanisme fort remarquable et dont, à notre connaissance, il n'a pas encore été donné de description.

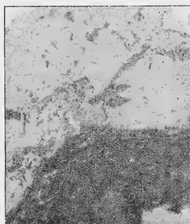


Fig. 2. — Coupe histologique, à travers la paroi d'une caverne en régression. — A la partie supérieure se voit le tissu fibreux dense formant la paroi de la caverne. — A la partie inférieure on aperçoit le tissu muqueux résultant de l'organisation de l'exsudat intra-caverneux. — Ce tissu est parsemé de quelques vaisseaux. (*Grossissement 5 diamètres.*)

A côté de ces données histologiques relatives à la formation des gros tubercules fibreux, il serait utile de décrire les modifications subies par les parties du poumon sclérosé qui se trouvent au pourtour, mais la série de transformations que l'on observe sont identiques à celles que l'on observe dans les deux autres types macroscopiques qu'il nous reste à étudier. Ce serait donc faire double emploi que de répéter cette description au sujet des scléroses massives dont les caractéristiques sont toutes différentes et reposent en entier sur le mode de régression des cavernes tuberculeuses.

II. — La sclérose atrophique banale est la forme la plus commune des scléroses tuberculeuses du poumon. Elle coexiste toujours avec la sclérose massive et c'est caractérise au point de vue macroscopique par les phénomènes ordinaires de la pneumonie interstitielle, se différenciant toutefois des pneumonies interstitielles non parasitaires par sa répartition en îlots, sa prédominance au sommet, son intensité très inégale sur les deux poumons, ce qui permet, avec l'aide des cicatrices plus ou moins denses, de la différencier avec les pneumokonioses et les scléroses cardiaques ou les œdèmes chroniques du poumon.

Histologiquement, on a surtout décrit l'épaississement des cloisons lobulaires, la densification des cloisons alvéolaires, l'infiltration mélanique par la voie lymphatique, les exsudats intra-alvéolaires, les desquamations épithéliales partielles. Tous ces caractères sont généraux et communs à toutes les scléroses pulmonaires, et de même que pour les scléroses massives, nous avons cru devoir ne pas rappeler la description classique de Charcot, de même nous ne retiendrons pour les scléroses du type atrophique que la caractéristique essentielle qui lui est propre. Cette caractéristique n'est plus ici la régression fibreuse de la caverne, mais elle réside uniquement sur la régression fibreuse du tubercule à type miliaire qui préside à l'atrophie des lobules pour produire les cicatrices en bourse de la surface.

Le tubercule fibreux et l'atrophie lobulaire sont les deux éléments domnant des scléroses parasitaires. La pneumonie interstitielle plus étendue qui les accompagne n'est que la résultante de la broncho-pneumonie pérituberculeuse concomitante et c'est elle qui représente la lésion véritablement banale. Pour comprendre les phénomènes histologiques que l'on observe, il faut se reporter aux données relatives au début des infiltrations tuberculeuses dans les poumons. Le tubercule dans le poumon débute de préférence dans la bronche intra-lobulaire à sa portion périphérique. Autant que l'on peut saisir ce début, on voit l'infiltration péribronchique se produire d'abord, déterminant en même temps l'inflammation de l'épithélium qui se desquame et forme à l'intérieur du conduit un bouchon muqueux plus ou moins compact. L'évolution ultérieure se poursuit entraînant l'épaississement plus marqué de l'infiltration péri-bronchique et la sécrétion plus compacte de la

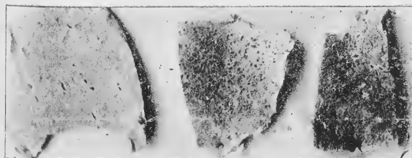


Fig. 3. — Surface de coupe d'un poumon en voie de sclérose atrophique. Suivant les zones auxquelles correspondent les trois surfaces de coupe on observe 1° à la base l'état presque normal du poumon, bronches musculaires à forme maginale, alvéoles de dimensions normales, 2° à la partie moyenne la densification des parois alvéolaires avec agrandissement de la cavité, 3° à la partie supérieure le même travail alvéolaire avec agrandissement des bronches, épaississement de leurs parois et aspect annulaire de leur coupe. — Grandeur nature.

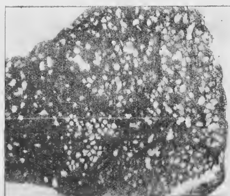


Fig. 4. — Coupe histologique montrant le début du travail de régression avec épaississement des parois alvéolaires. Agrandissement de la cavité. (*Grossissement 5 diamètres.*)

elle que l'on rencontre constamment dans les parties de poumon les plus saines des scléroses totales et profondes. Quand elle forme à elle seule la totalité des lésions, elle coexiste à peu près toujours avec la forme emphysémateuse qui tend toujours à dominer vers la base. Elle se paroi bronchique et de la cavité à laquelle elle aboutit ; d'où la production de la broncho-pneumonie juxta-tuberculeuse. C'est ainsi que débute le tubercule. Si l'inflammation se poursuit, l'infiltration granuleuse gagne et se propage dans l'intérieur de la tunique musculaire

créant aussi, comme il est facile de constater, la nécrose de coagulation du muscle en même temps qu'apparaissent dans les cellules envahies les premières modifications aboutissant à la cellule épithélioïde et à la cellule géante. Si à ce stade, comme cela paraît être le cas, dans la sclérose atrophique, le phénomène de régression intervient, le bilan des lésions dans l'évolution ultérieure dominera les transformations du tissu pulmonaire simple et facile à résumer.

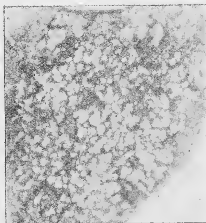


Fig. 5. — Coupe histologique montrant le travail de sclérose interstitielle à une période avancée de son évolution. (*Grossissement 5 diamètres.*)

Il y a d'une part endo-péribronchite avec obstruction de la bronche et altération plus ou moins profonde des tuniques ; de plus, dans le lobule correspondant et dans les lobules voisins s'il y a formation de noyaux pneumoniques à tendances caséeuses avec altérations des parois alvéolaires dans les parties où se sont essaimés les bacilles. Sur les poumons atteints de tuberculose scléreuse atrophique, on note avec la plus grande netteté les transformations régressives qui surviennent quand la tuberculose, spontanément ou artificiellement, s'est arrêtée à ce stade. Du côté des lobules dont les bronches correspondantes n'ont point été altérées, la broncho-pneumo-

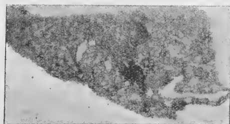


Fig. 6. — Coupe histologique montrant à la partie moyenne d'un poumon sensiblement sain en apparence un tubercule fibreux sur la paroi bronchique. (*Grossissement 5 diamètres.*)

nie de voisinage se résout, les exsudats s'éliminent, mais l'altération des parois entraîne la disparition de quelques cloisons ; l'émigration leucocytaire provoque l'épaississement des travées les plus saines dont l'épaisseur devient triple ou quadruple et dont la structure devient fibreuse au lieu d'être surtout élastique. Quant au lobule le plus atteint et dont la bronche profondément altérée ne permet plus ou incomplètement l'accès de l'air, il devient en quelque sorte partie intégrante de l'espace pleural, il s'affaisse et se rétracte de plus en plus par résorption des exsudats qu'il contient et tend à former une sorte de moignon qui vient coiffer la bronche malade.

Cette dernière, par prolifération de la tunique interne et l'organisation fibreuse du tubercule périphérique, se bouche totalement et finit par former une masse fibreuse à sclérose dense, donnant sur la surface de la coupe l'aspect étoilé ordinaire du tubercule fibreux.

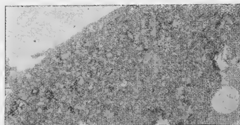


Fig. 7. — Coupe histologique vers la base du même poumon que celui de la figure 5. — Semis de granulations fibreuses — Origine première du travail de sclérose inappréciable à l'œil nu. (*Grossissement 5 diamètres.*)

Dans d'autres ilôts, le mode de régression du tubercule peut se modifier et évoluer vers un autre type qui acquiert son maximum dans les formes emphysémateuses que nous avons encore à décrire. Dans ce cas, le tubercule initial, au lieu d'être annulaire et d'englober tout le pourtour de la bronche malade, se limite à une fraction du périmètre et devient tangentiel. Quand la régression fibreuse de guérison se produit, l'endo-péribronchite aboutit à une altération localisée au lieu d'être globale. Il se forme un tubercule fibreux extérieur par prolifération de la tunique externe et un épaississement plus marqué de la bronche en cet endroit. Mais dans ces conditions l'altération de la tunique interne est moins marquée, les réactions secondaires intralobulaires moins profondes et le bouchon muqueux moins adhérent. En conséquence, dès que la maladie

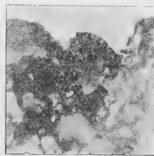


Fig. 8. — Coupe histologique d'une cicatrice molle de Laennec, entourée de zones d'emphysème scléreux très prononcé. (*Grossissement 5 diamètres.*)

décroît, on voit survenir dans le lobule les manifestations habituelles de la pneumonie interstitielle ; la transformation fibreuse des parois alvéolaires, l'épaississement des cloisons intra et péri-lobulaires ; mais dès que le bouchon muqueux se détache et se liquifie, la pénétration de l'air dans les espaces vésiculaires vient dilater à nouveau les cavités du parenchyme de manière à donner à ces lobules une sorte d'hypertrophie plus ou moins marquée qui fait ressortir l'atrophie plus

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
a la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris

ou moins avancée des groupes lobulaires voisins. De plus, du côté de la bronche dont les tuniques ont subi les phénomènes de désintégration et d'altération qui accompagnent la bronchite péri-tuberculeuse, on voit survenir d'abord l'épaississement notable des parois et la disparition complète de l'élément musculaire. Puis, par un phénomène sur lequel nous allons revenir, il survient en même temps une dilatation très marquée de la bronche, dilatation moniliforme ou cylindrique qui double ou triple le diamètre du conduit.

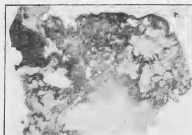


Fig. 9. — Coupe histologique montrant un lobule en sclérose atrophique entouré de lobules à type de sclérose emphysémateuse. (*Grossissement 5 diamètres.*)

Autour de cette bronche dilatée et épaissie, et soudés le plus souvent à elle, se voient les vaisseaux avec l'endo-périartérite et l'endo-périphlébite qu'ils présentent toujours dans les inflammations chroniques.

En résumé, dans les formes de sclérose atrophique du poumon, indépendamment des quelques cicatrices massives peu étendues qui seules souvent frappent la vue au simple examen macroscopique, on rencontre comme lésions caractéristiques : 1° l'*oblitération des bronches* et l'*atrophie lobulaire* correspondante ; 2° des zones de *pneumonie interstitielle* dans les lobules les moins atteints avec disparition de quelques cloisons, agrandissement des vésicules et épaississement fibreux des cloisons intra ou périlobulaires ; 3° des ilôts de *dilatation bronchique* moniliformes ou cylindriques avec emphysème des lobules correspondant mais avec coexistence de pneumonie interstitielle, qui limite le travail d'emphysème concomitant.

Telles sont les lésions qui caractérisent le mieux l'atrophie vulgaire d'origine parasitaire.

Le plus souvent à l'examen macroscopique, ces lésions sont négligées et si, à l'exemple de la plupart des cliniciens, on se borne à noter les quelques cicatrices les plus apparentes, on ne se rend qu'un compte très inexact des dégâts profonds que dans son ensemble le poumon a subis. Un examen macroscopique approfondi, la recherche à la loupe des granulations fibreuses éparses dans l'intérieur, enfin un examen histologique, permettent seuls de comprendre la profondeur des lésions souvent peu apparentes à l'œil nu.

III. — Les formes emphysémateuses des scléroses tuberculeuses sont plus rares, bien que toutefois elles se rencontrent plus fréquemment qu'on ne le croit.

Dans la plupart des relations d'autopsie, on constate qu'à tort souvent, on relègue parmi les lésions inflammatoires pures les cicatrices molles et peu étendues des sommets des poumons emphysémateux et qu'on leur refuse le caractère parasitaire. C'est ce qui explique pourquoi certains auteurs ont donné 60 %, au lieu de 70 à 80 %, comme taux des tuberculoses d'autopsie. En réalité, nombre d'emphysèmes ont pour base une invasion bacillaire atténuée peut-être, mais incontestable. Macroscopiquement on doit déjà se défier de l'origine parasitaire possible des emphysèmes localisés en général, surtout quand on constate une mélanose concomitante. Le véritable emphysème pur sénile ou arthritique a son maximum aux bases, une uniformité et une symétrie qui frappent. A l'insufflation, le poumon se dilate uniformément sans cicatrices en bourse. Tel n'est pas, il faut bien le dire, le cas des emphysèmes parasitaires que l'on consigne trop souvent comme emphysème sans épithète. D'ailleurs, histologiquement, toute confusion est impossible et c'est en nous fondant sur des examens de ce genre que nous ne craignons pas d'affirmer la fréquence relative des emphysèmes tuberculeux. Quand on rencontre à l'autopsie des poumons de ce genre on peut déjà macroscopiquement, spécifier leur nature. A l'insufflation, comme nous l'avons dit plus haut, le gonflement se fait irrégulier avec prédominance plutôt au sommet et dans cette opération il n'est pas rare de constater des brides superficielles offrant l'aspect caractéristique des cicatrices étoilées, d'origine parasitaires. A la surface de coupe, on constate comme dans l'emphysème vrai la béance des tuyaux bronchiques et leur dilatation, mais ces bronches sont épaissies beaucoup plus que dans le véritable emphysème trophique. Leur dilatation est d'ailleurs très irrégulière suivant la région ; de plus, la consistance même du tissu, l'épaississement visible des alvéoles dilatées, peuvent permettre déjà de faire un diagnostic différentiel ; enfin la répartition très inégale des zones malades et la non-uniformité des lésions doit permettre d'éviter l'erreur.

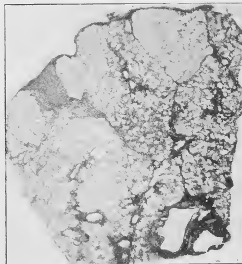


Fig. 10. — Coupe histologique d'ensemble, montrant le retentissement anatomique du tubercule péribronchique sur le lobule pour aboutir à la sclérose hypertrophique. — On remarque un lobule atrophié entouré de lobules en voie d'hypertrophie. — Ce processus dépendant de l'endo-péribronchite parasitaire aboutit à la formation des cicatrices de Laënnec. (*Grossissement 5 diamètres.*)

Un examen histologique même très superficiel tranche d'ailleurs facilement la question et permet de mettre en évidence la lésion fondamentale et caractéristique de l'emphysème d'origine parasitaire. En effet, de même que les scléroses massives avaient pour caractéristique la régression fibreuse des cavernes, de même que les scléroses atrophiques avaient pour lésion dominante l'oblitération bronchique avec atrophie lobulaire et

*

pneumonie interstitielle, de même, l'emphysème tuberculeux possède sa lésion spécifique. Cette lésion histologiquement consiste dans l'hypertrophie lobulaire avec épaississement des parois et dilatation bronchique par développement du tubercule tangentiel. Nous allons retrouver ici un processus qu'offraient déjà, mais à titre accessoire, les scléroses atrophiques. Quand un tubercule péri-bronchique se développe, mais discret et peu étendu, sur la paroi externe ou dans la gaîne péribronchique, il entraîne comme d'habitude le travail d'inflammation des tuniques internes et moyennes, d'où la formation du bouchon muqueux et de la nécrose de coagulation du muscle. Bien entendu, en pareil cas, les phénomènes de retentissement intra-lobulaires se proportionnent comme intensité à l'évolution primitive du tubercule initial, de sorte que dans ces formes atténuées de la tuberculose fréquente, dans l'enfance, chez les héréditaires, il se produit dans tout l'ensemble d'un poumon une poussée éruptive avec broncho-pneumonie dans laquelle l'élément dominant est l'élément inflammatoire pur. L'élément parasitaire, bien que causal, ne forme en réalité que la partie la moins importante du travail qui s'accomplit. Quand survient la régression, chaque portion de tissu réagira suivant sa tendance propre et en définitive, il restera comme lésions terminales, des traces distinctes des deux processus initiaux inflammatoire et tuberculeux.

L'évolution du tubercule va entraîner la formation du nodule péribronchique typique, mais provoquera à sa suite, du côté de la bronche, l'épaississement et l'induration fibreuse des tuniques et surtout, fait important dans le cas particulier, la disparition de l'élément musculaire formant sphincter aux lobules. Dans ces conditions, la pression extérieure, qui dans l'état normal s'affaiblit par perte de charge et frottements jusqu'à la terminaison des bronches, pour ne fournir dans l'intérieur des alvéoles qu'une pression réduite, se fera sentir jusque dans les dernières ramifications et n'étant plus réduite et modérée par la tonicité variable des muscles bronchiques détruits, dilatera peu à peu le conduit désormais fibreux qui la supporte. C'est là le mécanisme univoque de la dilatation bronchique en général. Il survient donc fatalement, à la suite du développement du tubercule péribronchique, une dilatation forcée en même temps qu'un épaississement de la bronche intralobulaire. Comme dans l'emphysème parasitaire les lésions ne sont plus, comme dans l'emphysème trophique, uniformes, mais bien de leur nature irrégulières et mal déterminées, les lésions régressives comporteront ce même caractère nettement différentiel.

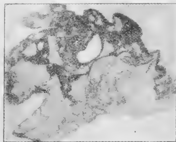


Fig. 11 — Coupe histologique d'une zone d'emphysème parasitaire montrant sa distribution inégale. (*Grossissement 5 diamètres.*)

Du côté du lobule, les phénomènes produits sont la résultante à la fois du travail de pneumonie interstitielle qui accompagne les inflammations alvéolaires à tendances suppuratives et du travail de dilatation qui s'accomplit au niveau du vestibule et du lobule. C'est ce qui explique pourquoi, à côté de la pneumonie interstitielle avec disparition de quelques cloisons alvéolaires et densification fibreuse d'autres parois qui persistent, on voit dans le lobule correspondant à une bronche malade se produire une hypertrophie d'ensemble qui masque la raréfaction du tissu. De même en effet que la paroi bronchique s'est dilatée au moment des inspirations par accroissement de pression, de même le tissu fibreux plus fragile des alvéoles se distend et peu à peu finit par acquérir, sous l'influence de la persistance des pressions internes, une position fixe d'équilibre dans laquelle la sclérose progressive des parois fixe définitivement sa forme.

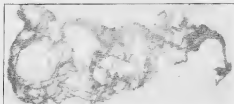


Fig. 12. — Coupe histologique de l'emphysème parasitaire très avancé. (*Grossissement 5 diamètres.*)

Telle est la lésion élémentaire caractéristique de l'emphysème parasitaire. Elle se rapproche, on le voit, de la lésion caractéristique de l'emphysème vrai trophique, mais elle en diffère cependant non seulement par la présence du tubercule fibreux spécifique, mais même par la nature des altérations produites. Dans l'emphysème trophique, c'est l'atrophie du muscle bronchique et consécutivement la résorption et l'atrophie des parois alvéolaires que l'on constate. Dans l'emphysème tuberculeux, c'est la *sclérose hypertrophique des parois* bronchiques que l'on rencontre avec *épaississement des parois intralobulaires et hypertrophie secondaire* des alvéoles. Les deux lésions sont donc distinctes, tant au point de vue de leurs origines que de leurs caractères anatomiques, et il est utile de bien mettre en évidence les divergences qui les séparent.

IV. — Les trois formes de scléroses pulmonaires que nous venons de décrire se présentent rarement à l'état de complète pureté. Elles forment dans quelques cas relativement rares la dominante des lésions présentées par les poumons des tuberculeux à tendances régressives. Elles s'allient quelquefois à des lésions de tuberculose ouverte, à des bacilloses évolutives, à des poussées aiguës ; mais le plus souvent elles s'associent entre elles pour donner lieu à des types mixtes résultant de la combinaison des trois types essentiels : sclérose massive, sclérose atrophique, scléroses hypertrophiques. Dans la plupart des cas, on trouve, au sommet : des cicatrices massives plus ou moins étendues qui frappent et retiennent l'attention ; à la partie moyenne : des zones de sclérose atrophique que l'on néglige le plus souvent ; à la partie inférieure : des zones emphysémateuses dont on ne tient nul compte. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que les scléroses pulmonaires n'occupent dans les ouvrages d'anatomie pathologique qu'une place restreinte. Sans doute, on pourrait trouver sous les rubriques de : « phthisie fibreuse », de « pneumonie interstitielle », plus rarement sous la dénomination plus

exacte de « scléroses tuberculeuses », les grands traits de leur description, mais jamais avec les détails qui seraient nécessaires par rapport à leur extrême fréquence. Si l'on veut bien réfléchir aux données essentielles que nous avons développées en débutant, c'est au moins dans le tiers des poumons, c'est selon nous presque dans la moitié des autopsies que l'on les trouve. Il y a donc là une lacune que l'on doit s'efforcer de combler : c'est ce que nous avons essayé de faire dans le cours de cette étude.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'avortement volontaire

M. Funck-Brentano dans son livre sur le *Drame des poisons* raconte les aveux de l'horrible sorcière du XVII[e] siècle, La Voisin. Elle prétendit avoir brûlé dans son four ou enterré dans son jardin plus de 2.500 enfants nés par ses soins avant terme. Quand on songe aux nombreuses émules de la Voisin : la Lepère, la Vigoureux, la Bosse et tant d'autres dont le nom ne nous est pas parvenu, l'on frémit à l'idée du nombre de leurs victimes. L'avortement criminel était à la mode au temps du Grand Roi, les dames de la Cour protégeaient les grandes avorteuses dont les pratiques étaient loin d'être toujours inoffensives pour elles, témoin, la mort de Mlle du Parc, maîtresse de Racine, et victime de la Voisin, mort qui laisse planer sur le grand poète les soupçons les plus graves.

Notre époque n'a rien à envier à ce sujet au siècle de Louis XIV, l'avortement criminel y est devenu tellement fréquent qu'il n'est plus que rarement poursuivi. Il faut quelque grand scandale ou quelque mort tragique pour attirer l'attention de la justice et provoquer un de ces tristes procès de « faiseuses d'anges », parmi lesquelles la « Mort aux gosses » a laissé une sinistre réputation. L'aberration morale du public en est arrivée au point que beaucoup de personnes, même mariées, osent proposer à leur médecin une intervention abortive. Il en est qui ne craignent pas de discuter le droit d'une mère à se faire avorter, oubliant sans doute que s'il est criminel de sacrifier la vie d'un enfant, il est monstrueux de faire courir à une femme, sans obligation pathologique absolue, un danger de mort.

Il est vrai que la morale n'est pas une, et que, si à l'heure actuelle, notre civilisation européenne considère l'avortement comme un crime, il n'en a pas été toujours ainsi, et il n'en est pas encore ainsi chez les peuples qui n'ont pas adopté nos coutumes et nos mœurs. M. le P[r] Brouardel (1), dans ses leçons de médecine légale, a fait une minutieuse étude de l'avortement criminel, accompagnée de nombreux documents, parmi lesquels sont les pièces d'un procès plus particulièrement pénible pour le corps médical parisien ; nous emprunterons au livre de M. Brouardel d'intéressants renseignements historiques sur l'avortement.

Réprimé chez les Perses, les Mèdes, l'avortement paraît avoir été considéré en Grèce comme licite. Aétius décrit les instruments employés par les courtisanes pour le provoquer. Socrate en parle comme d'un acte non répréhensible ; Aristote le considère « comme d'accord avec la sainteté des lois » quand la conception est contre toute attente et que le fœtus n'est pas encore animé. Hippocrate qui, cependant, dans ses écrits est d'une morale si élevée, parle sans le flétrir de l'avortement pratiqué si fréquemment par les filles publiques ; il ne craint pas de citer dans son traité « *De la génération* » les conseils pernicieux qu'il donna à une ballerine enceinte, conseils qui furent suivis de l'effet désiré. Malgré cela, une phrase du serment qu'on lui attribue interdit au nouveau médecin « de remettre à aucune femme un pessaire abortif ».

A Rome, bien que l'exil et même, dans certains cas, la peine capitale, puissent être appliqués au crime d'avortement, ce dernier se pratiquait impunément, si l'on en juge par la façon dont Plaute, Ovide, Juvénal, Aulu-Gelle, etc., en parlent dans leurs œuvres. Le Code théodosien, cependant, assimile l'avortement volontaire à l'homicide et le punit de mort. Chez les Juifs et en Egypte l'avortement volontaire ne paraît même pas soupçonné, les lois n'en font pas mention.

Les théologiens au Moyen Age trouvent dans l'avortement criminel un sujet inépuisable de disputes et de controverses. Les uns, selon l'opinion d'Aristote, ne jugent l'avortement coupable que si le fœtus a reçu le souffle de vie et, avec Tertullien et Saint Augustin, appuient leur thèse sur un texte de la version des Septante de la Bible ; les autres admettent la version de la Vulgate et avec Saint Basile, condamnent absolument l'avortement ; ce fut cette dernière opinion qui prévalut dans divers conciles. Comme le droit romain et le droit canon, les lois barbares des Francs et des Wisigoths punissaient l'avortement, mais simplement de l'amende ; Ambroise Paré admit, avec les Septante, une différence de culpabilité selon l'âge de la grossesse ; la loi caroline, publiée en 1553 par Charles-Quint, fait la même distinction. En France, les édits et ordonnances des rois, de Henri II à Louis XV, punissent de mort ce crime. Les philosophes du XVIII[e] siècle protestèrent contre la trop grande sévérité des lois. La loi de 1791 innocente la mère coupable du crime d'avortement, mais frappe sévèrement les complices.

A notre époque, l'avortement volontaire est encore, selon les pays, très diversement apprécié. Nous ne ferons que mentionner les manœuvres en cours chez certains peuples sauvages qui se livrent à des pratiques abortives vers le troisième mois, dans le but de s'assurer de la solidité du produit de la conception ou qui le provoquent guidés par mille autres superstitions ou préjugés analogues.

Dans l'Inde, la précocité des mariages et l'obligation au célibat des jeunes veuves, sont cause de nombreuses grossesses irrégulières qu'on s'efforce de dissimuler et d'interrompre ; les coupables sont d'ailleurs frappées de peines sévères et chassées de leur caste. L'avortement s'y pratique soit par l'absorption de drogues, soit par l'introduction de baguettes de bois dans le col utérin.

En Indo-Chine l'avortement ne paraît être considéré comme coupable que s'il a pour but de cacher l'adultère. En Chine, conséquence probable de l'excessive densité de

(1) P. Brouardel.— L'avortement (J. B. Baillière et fils, 1901).

la population, l'avortement n'est pas réprimé ; loin de là, des affiches nombreuses donnent l'adresse des pharmacies où se vendent les abortifs et vantent sans vergogne l'activité de ces produits. L'avortement du reste se pratique pour le plus petit prétexte chez les femmes mariées, et si, dans d'autres cas, le mandarin intervient, c'est pour protéger la femme, se rendre compte dans quelles circonstances l'avortement a été pratiqué et non pour réprimer l'acte lui-même. Il n'existe pas de lois contre l'avortement au Japon, et un voyageur, digne de foi, nous a naguère raconté qu'il reçut un jour l'invitation d'un riche japonais ; il fêtait publiquement l'heureuse délivrance de sa maîtresse qui s'était fait avorter. A Formose, l'avortement est pour ainsi dire obligatoire, les lois interdisant aux femmes d'avoir des enfants avant trente-six ans ; des sortes de prêtresses se chargent, par un violent massage du ventre, d'interrompre les grossesses.

Chez les Arabes, l'avortement volontaire est très répandu, bien que les lois le condamnent. En Kabylie, ce serait dans le but de déterminer une fausse couche que se serait propagée la singulière coutume de la variolisation. En Turquie, aucune loi n'est édictée contre l'avortement qui, tous les jours, se pratique à Constantinople et certains pharmaciens européens de cette ville ne craignent pas d'étaler devant leur officine, sous forme d'affiches, les promesses les plus convaincantes.

La civilisation européenne est plus sévère pour l'avortement. Le Code prussien punit de cinq à vingt ans de travaux forcés la coupable et ses complices ; si la femme enceinte meurt, les complices seront punis des travaux forcés à perpétuité, et malgré cela, en Allemagne, l'interruption volontaire de la grossesse suit une progression inquiétante.

Le Code pénal autrichien a des dispositions analogues, il considère cependant la complicité du père de l'enfant comme devant être jugée avec circonstances aggravantes. En Angleterre, la femme coupable est punie de servitude perpétuelle et les complices de cinq ans de servitude. Si l'avortement a déterminé la mort de la femme, les complices peuvent être condamnés à la peine capitale. Cela n'empêche pas l'avortement d'être couramment pratiqué en Angleterre, et, triste constatation, par les médecins eux-mêmes ; dans la seule année 1896, vingt-cinq médecins furent condamnés pour ces « opérations illicites ». Dans les autres pays d'Europe et aux Etats-Unis, l'avortement, condamné par les lois, est le plus souvent, comme d'ailleurs chez nous, à demi-toléré.

En France, l'article 317 du Code pénal punit de réclusion le crime d'avortement ; la complicité des médecins chirurgiens, et autres officiers de santé, et même des pharmaciens, est punie des travaux forcés à temps si l'avortement a eu lieu. De plus, si l'interruption de la grossesse est produite après le sixième mois, à l'accusation d'avortement peut se joindre celle d'infanticide.

Cette rapide énumération montre quel désaccord règne à ce sujet dans la conscience des hommes. Elle permet au moraliste de défendre les idées les plus opposées. Faisant abstraction de tout intérêt social, certains pourront émettre l'opinion que la femme enceinte a le droit de se débarrasser avant la naissance de l'enfant qu'elle est dans l'impossibilité matérielle d'élever et de nourrir. Mais ce que personne ne peut défendre, c'est qu'un médecin ou une sage-femme dont le devoir est de soulager et de guérir, soient en droit de faire courir un risque même minime à une femme enceinte. N'ayant pas l'excuse de l'ignorance du danger, leur complicité devient plus coupable et l'excès de rigueur de la loi française à leur égard est ici, à notre avis, absolument légitime.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(*Séance du 8 juillet*)

Sur le rôle des leucocytes dans l'élimination.

M. H. Stassano, afin de déterminer si les leucocytes se chargent des substances solubles pour les déverser dans l'intestin, a injecté du bichlorure de mercure à des chiens, soit profondément narcotisés (ce qui a pour effet de réduire l'activité chimiotactique des globules blancs), soit soumis à une injection de peptone, laquelle produit une désagrégation très étendue des leucocytes. L'auteur a toujours observé que, pour un temps donné, l'apport de mercure à l'intestin est notablement plus faible chez les animaux ainsi traités que chez les témoins. Ce fait démontre que la participation des leucocytes à l'élimination est réelle, et qu'elle est importante.

Les constatations suivantes plaident dans le même sens : de deux lapins, l'un normal, l'autre accoutumé au mercure, le second se débarasse du poison beaucoup plus rapidement que le premier, après une injection sous-cutanée de 0.049 millig. de sublimé ; d'autre part, les jeunes chiens éliminent le mercure sensiblement plus vite que des animaux âgés de même poids ; or, il est facile de s'assurer que, précisément, les animaux qui supportent le mieux le mercure — soit qu'ils y aient été accoutumés, soit qu'ils possèdent du fait de leur âge une moindre sensibilité à l'égard de ce toxique, — présentent, quelques heures après l'injection de sublimé, une augmentation appréciable du nombre des leucocytes, augmentation qui persiste plusieurs jours.

Des observations identiques peuvent être faites après l'injection d'arsenic ou de toxine diphtérique.

Les gluco-protéines comme milieux de culture chimiquement définis.

M. Ch. Lepierre adresse une note relative à l'emploi, pour la culture des divers microrganismes, pathogènes ou non, ainsi que pour l'étude des produits qu'ils élaborent (et notamment des toxines), de milieux dont tout l'azote est fourni par des gluco-protéines. Il propose dans ce but un liquide contenant, pour 100 grs. d'eau : 1 gr. 50 centig. à 2 grs. de gluco-protéine pure, 0, 50 centig. de chlorure de sodium, 0, 50 centig. de sulfate de magnésium, 0. 20 à 0. 30 centig. de glycérophosphate de calcium et 0, 10 à 0,20 centig. de bicarbonate de potassium : on peut y ajouter 2 à 3 grs. de glycérine, de glucose ou de saccharose.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 juillet 1901. — Président M. Railliet.

Mort accidentelle par la cocaïne.

M. Maurel (de Toulouse). — Sous l'influence de la cocaïne les leucocytes sont modifiés parce que la cocaïne, pénétrant dans les veines autres que celles du système porte, rend les

leucocytes sphériques quand le titre n'est pas suffisant pour tuer ceux-ci.

La mort accidentelle par la cocaïne est due aux leucocytes rendus sphériques et arrêtés dans les capillaires pulmonaires, remplissant ainsi le rôle d'embolie.

Inoculabilité de la variole au lapin.

M. Roger a inoculé au lapin la variole, en injectant du pus variolique ; la mort survient après apparition de pustules discrètes ; quelques animaux résistent à la variolisation, cela tient à la virulence du pus variolique et à la résistance des animaux. Les animaux nourris à un régime substantiel résisteront mieux.

Liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux.

M. Laignel-Lavastine a examiné au point de vue bactériologique le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, avant les crises ou après l'ictus, soit avant la mort ; il n'a jamais trouvé de micro-organismes vivants. Ces faits sont en contradiction avec ceux d'autres auteurs.

Sciatique et injections épidurales.

M. Léri a traité des sciatiques par les injections épidurales de cocaïne ; ce serait le traitement de choix, tandis que les injections intra-arachnoïdiennes sont inconstantes et demandent à être faites avec prudence.

M. Widal a également appliqué la méthode de Sicard avec succès.

Huile véhicule des injections épidurales.

M. Chipault. — Le peu de diffusibilité de l'eau comme véhicule dans les injections épidurales de cocaïne est peut être un obstacle à son action. L'auteur a employé la solution tyndalisée de cocaïne dans l'huile d'amandes douces à 1/100. Un centimètre cube injecté a calmé les douleurs sciatiques sans analgésie, étant donné la faible dose de cocaïne employée.

Liquide céphalo rachidien hémorrhagique.

M. Bard (de Genève). — Sur plus de 50 ponctions lombaires, l'auteur a trouvé le liquide hémorrhagique 6 fois. Dans deux cas le liquide était teinté par des globules rouges, dans 4 cas, la teinture provenait de transformation de l'hémoglobine.

Sérum tuberculeux.

MM. Camus et Pagniez. — Dans le sérum des tuberculeux, les auteurs ont cherché un sensibilisateur capable de fixer l'alexine d'un sérum non sur les bacilles, fait démontré par Widal et Le Sourd, mais sur la tuberculine. Les expériences n'ont pas été concluantes.

Variabilité de l'alexine dans les sérums pathologiques.

MM. Camus et Pagniez ont étudié par le procédé de Hamburger, en se servant de sérums humains et aussi de plasmas, l'action hémolysante exercée par le sérum provenant d'individus atteints de maladies très diverses. Cette action, constante pour les globules de lapin, est variable dans son intensité. Dans le sérum humain, il existe une substance protectrice à côté de l'alexine, capable de s'opposer à l'action de celle-ci lorsqu'on fait des mélanges de sérum non chauffé et de sérum préalablement chauffé à 58°. Cette substance protectrice qui semble exister dans les sérums est de proportion variable chez les individus.

Variation du pouvoir amyolitique du sérum.

MM. Achard et Clerc. L'abaissement du pouvoir amyolitique du sérum sanguin entraîne un pronostic des plus graves, l'abaissement de ce pouvoir est constant chez les diabétiques.

—

M. Tourneux (de Toulouse) envoie une note sur la ponte et la durée de l'incubation des œufs de perruche ondulée.

M. Féré présente des tracés de l'influence de la fatigue sur la fréquence du pouls. E. P.

Séance du 13 juillet.

Propriétés du placenta.

MM. Charrin et Gabriel Delamarre ont recherché si le placenta est un organe pourvu d'une certaine activité, et d'abord si les extraits du placenta sont toxiques. Il a fallu injecter de 26 à 30 grammes d'extrait pour tuer, avec dyspnée, hypothermie, albuminurie, parfois exophthalmie, un lapin d'environ 2 kgr. Cette toxicité se rapproche de celle des glandes les plus actives.

Sur les poisons de nature alcaloïdique, en suivant la méthode de Schiff, les auteurs ont recherché l'action du suc placentaire sur la nicotine : malgré sa teneur en glycogène, cette glande paraît sans influence ; les animaux qui recevaient le liquide chargé de nicotine après contact prolongé avec le délivre mouraient en même temps que les témoins, tandis que la même expérience, accomplie avec le foie, donnait aux animaux une résistance bien plus considérable.

Pour les poisons microbiens, les résultats ont différé : la toxine diphthéritique macérée avec le placenta a permis la survie des animaux sur ceux qui avaient reçu le même poison trituré avec le foie, mais cette survie est trop courte pour donner une démonstration réelle.

Enfin, le mucus dilué et injecté dans les vaisseaux de lapines pleines n'a pas amené la coagulation du sang du fœtus, tandis que celui de la mère se prenait en masse, tandis qu'*in vitro*, le mucus agi sur le sang fœtal.

Morsure de serpents venimeux.

MM. Auché et Louis Vaillant (de Bordeaux) ont fait sur le cobaye des expériences qu'ils concluent ainsi : 1° les altérations du sang d'animaux mordus par les serpents sont celles produites par injection sous-cutanée de venin desséché et redissous dans l'eau glycérinée ; 2° les altérations intéressent les globules blancs et les globules rouges ; 3° pour les globules rouges, il s'agit d'hématolyse variant suivant la quantité du venin, les hématies se détruisent rapidement ; si l'animal survit, la réparation du sang s'accompagne d'hématies énucléées ; 4° les altérations des globules blancs sont quantitatives et qualitatives : 5° il y a augmentation considérable de globules blancs, tant dans les cas guérissables que dans les cas mortels, elle commençait rapidement après l'introduction du venin, au bout d'une demi-heure, très animée au bout de deux heures, persistant jusqu'à la mort dans les cas aigus, diminuant vers le 4e ou 5e jour : 6° les leucocytes polynucléés sont très augmentés de nombre ; cette hyperleucocytose est la cause de l'élévation totale des globules blancs ; les lymphocytes sont en effet diminués ; les leucocytes éosinophiles diminuent aussi, puis augmentent ensuite, au moment de l'élimination de l'escharre ; les globules blancs doivent leur accroissement aux leucocytes polynucléés.

Sérum antituberculeux et bacille de Koch.

M. F. Arloing. — Le sérum antituberculeux mis en présence du bacille de Koch n'exerce pas d'action bactériologique sur ce bacille, mais augmente la végétabilité du microbe : les bacilles délayés dans ce sérum dont les propriétés antitoxiques vis-à-vis de l'intoxication tuberculineuse sont certaines, envahissent plus facilement l'organisme. Les lésions viscérales et ganglionnaires faites avec les inoculations de bacilles dans ce sérum ont été plus graves et plus étendues que chez les témoins.

Ce qu'il faut savoir, c'est si les bacilles sont devenus plus virulents ou si le sérum a rendu le terrain plus imprégnable.

Injections épidurales dans l'incontinence d'urine.

MM. Albarran et Cathelin.— Les injections épidurales de cocaïne faites pour les vessies douloureuses ont donné une diminution de la sensibilité douloureuse pour 2 à 3 cc. de solution à 1 1/2 ou 2 %, tant des douleurs spontanées que de la douleur instrumentale, mais non à la distension.

Dans le cas d'incontinence (tuberculose, paraplégie, relâchement sphinctérien), l'auteur a vu le retour de la con-

tractilité sphinctérienne dès le premier jour. Une seule injection chez une malade a amené la miction volontaire pendant 6 jours : chez les autres, amélioration assez persistante.

Sécrétion urinaire.

MM. Bordier et Fraenkel. — Le badigeonnage de la surface du rein chez le lapin et le chien ne provoque pas de néphrite ; il y a souvent exagération de la diurèse et augmentation de l'azote total, de l'azote uréique et des matières minérales. Donc, le rein injecté à l'acide chromique donne des modifications de sécrétions non seulement dans l'eau de l'urine, mais dans les substances extractives. Au début, augmentation des chlorures : mais on ne pourrait cependant considérer cette néphrite comme la néphrite épithéliale clinique.

M. Netter établit que l'eau oxygénée est sans action conservatrice sur le lait.

Lipose des ganglions lymphatiques.

M. Poulain a étudié le rôle des ganglions lymphathiques sur l'absorption des graisses ; les ganglions périthésiques et ceux du mésentère ont la même action liposique à l'état normal.

Dans les infections intestinales l'activité liposique des ganglions mésentériques diminue seule ; dans les affections cutanées, c'est le pouvoir liposique des ganglions périphériques qui diminue.

Capsules surrénales et maladies infectieuses.

MM. Oppenheim et Lœper ont étudié anatomo-pathologiquement les lésions des capsules surrénales dans les maladies infectieuses (variole, pneumonie, infection puerpérale) et dans les maladies toxiques : dipthérie, tétanos.

Ganglions lymphatiques.

M. Deterier. Les ganglions lymphatiques produisent les lymphocytes, qui, ultérieurement, se transforment en globules rouges.

Gastro-entérite des nourrissons.

M. Lesage a pu dans 16 cas d'entérites survenues chez des nourrissons, isoler au niveau de l'appareil bronchique, un cocco-bacille spécial, qui se retrouve de façon moins constante dans les selles des malades. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet.

Contagiosité de la pelade.

M. Hallopeau discute d'une part une épidémie de pelade observée au Creusot par M. Defontaine, d'autre part les recherches récentes de M. Jaignet signalant le rôle de la nutrition et mettant en doute la contagiosité. En présence de certaines épidémies, M. Hallopeau croit difficile de nier la contagion. D'ailleurs, Blaschko a observé un cas authentique d'auto-inoculation.

La pelade se comporte cliniquement comme une maladie parasitaire, elle s'étend par prolifération locale, autrement dit par auto-inoculation.

L'action des agents parasiticides est en faveur de la même théorie.

On sait que l'agent infectieux encore indéterminé de la pelade ne se propage que par des contacts directs : c'est donc à tort que l'on exclut les peladiques des écoles, des administrations et des ateliers : il faut seulement qu'ils y soient traités et qu'ils gardent la tête constamment couverte ; il y aura lieu de réviser les règlements à cet égard.

M. Ducastel appuie cette opinion. La pelade est contagieuse, mais infiniment moins que la teigne. Les mesures d'isolement prises contre elle sont souvent exagérées.

M. Chauvel, dans l'armée, M. Rendu, pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis, ont eu des cas de contagion nombreux et incontestables.

M. Fournier regarde les mesures prises contre la pelade comme beaucoup trop rigoureuses. Il compare la pelade à la lèpre qui, à Saint-Louis, ne se transmet jamais aux voisins du lépreux. De plus, beaucoup d'états peladoides, en particulier ceux qui dépendent de la syphilis, ne sont pas de la pelade.

A la suite de cette discussion, l'Académie nomme une Commission chargée d'examiner la question de la contagiosité de la pelade. Elle est composée de MM. Hallopeau, Besnier, Chauvel, Ducastel et Fournier.

Prophylaxie de la cécité

M. Pinard, après avoir étudié les causes et le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés fait adopter les conclusions suivantes :

L'Académie de médecine, dans le but de faire diminuer le nombre des aveugles, pense qu'il est utile d'adresser aux sages-femmes une circulaire recommandant un traitement prophylactique déterminé et demande aux pouvoirs publics :

1° de faire distribuer, dans toutes les mairies, en même temps que le livret des naissances, une notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers de l'ophtalmie des nouveau-nés.

2° De prendre des mesures pour que la déclaration des ophtalmies purulentes comme maladies transmissibles soit régulièrement faite par les médecins et les sages-femmes.

3° Qu'à toutes les maisons d'accouchements, cliniques et maternités, soit attaché un ophtalmologiste chargé de traiter les ophtalmies purulentes et d'enseigner ce traitement aux étudiants et aux sages-femmes.

Le traitement des anévrysmes par la gélatine.

MM. Lancereaux et Paulesco présentent deux malades considérablement améliorés après une vingtaine d'injections. Seuls les anévrysmes fusiformes résistent à ce mode de traitement.

Epidémie de grippe à forme abdominale.

M. Roustan (Cannes) relate une épidémie qu'il a observée à Cannes et qui a été qualifiée de fièvre typhoïde. En réalité, s'il y a eu des cas de fièvres typhoïdes anormales, la plupart ont été des grippes à forme abdominale.

La commission permanente qui restera à la disposition du gouvernement pendant les vacances de l'Académie sera composée de la façon suivante : les membres du bureau de l'Académie, les membres du conseil, plus un membre élu par chaque section. A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1901. — Présidence de M. Reclus.

Un cas de mort par rachicocaïnisation.

M. Broca rapporte une observation du docteur Proulf, dans laquelle on fit une incision exploratrice au pied pour chercher un corps étranger : comme la femme était atteinte d'arthrite sèche de la hanche et du genou, M. Proulf pratiqua la rachicocaïnisation pour se rendre compte de ces lésions ; il injecta 1 cc. d'une solution de cocaïne à 1 %, suivant la technique classique : l'analgésie fut parfaite et, après le pansement du pied, la malade put même marcher sans difficulté ; une heure après l'injection, elle put vaquer à ses occupations. Mais environ 4 heures après, elle fut prise de rachialgie extrêmement intense et fit rappeler M. Proulf qui la trouva d'une effrayante pâleur, avec douleurs atroces et pouls incomptable ; le lendemain elle était morte.

M. Nélaton a observé récemment des accidents cardiopulmonaires fort graves et l'analyse de la cocaïne a montré qu'elle avait subi des altérations qui en ont peut-être été la cause.

M. Rochard confirme le fait rapporté par M. Nélaton : la cocaïne est souvent altérée, on y trouve, entre autres, un produit de décomposition, l'ecgonine, qui possède des propriétés analogues à l'atropine. Schwartz.

Séance du 17 juillet 1901.

M. Broca présente une communication du Dr Damas, qui a eu l'idée, après Fergusson, de drainer l'espace sous-arachnoïdien médullaire dans la cavité péritonéale pour traiter l'hydrocéphalie chronique. Le drainage se ferait au niveau du cul-de-sac dorsal vers la 2e vertèbre sacrée. Cette idée n'a pas encore été mise à exécution. M. Broca lit ensuite un rapport sur une communication du Dr Chavanas, de Bordeaux. Il s'agit d'un cas d'épithélioma cylindrique de la vésicule biliaire, compliqué d'érisypèle, traité par la cholécystostomie.

Ponction lombaire et fractures du crâne.

M. Tuffier. La ponction lombaire, avec examen du liquide céphalorachidien, peut fournir de précieux éléments de diagnostic, de pronostic et peut-être de traitement dans les fractures de la base du crâne et les contusions cérébrales. Dans une première observation, il s'agit d'un jeune homme qui entre avec des accidents épileptiformes consécutifs à un traumatisme crânien. On pense à une fracture. La ponction lombaire donne un liquide céphalorachidien rouge et renfermant une notable quantité de sang. Le malade a succombé dans les 24 heures. Deuxième observation : c'est une femme âgée, renversée par un automobile et qui présente des signes de contusion cérébrale : stertor, coma. On pense à une fracture de la base du crâne. La ponction lombaire donne un liquide clair. Cette malade guérit.

Troisième observation : un homme tombe d'un arbre, se contusionne la région occipitale ? Sur le moment, il ne présente aucun symptôme. Mais, le lendemain, délire, puis au bout de trois jours coma ; pas de signes de localisation. La ponction lombaire donne un liquide sanguinolent. Ce malade est actuellement dans un état désespéré. En somme, lorsque, dans les cas de contusion cérébrale où le liquide céphalo-rachidien est couleur sang, le pronostic est très grave ; il l'est beaucoup moins dans les cas où le liquide a une coloration rose chair.

Suture intestinale.

M. Chaput présente des pièces relatives à un nouveau procédé de suture intestinale par les agrafes de Michel. M. Chaput se sert d'agrafes plates ordinaires, ou rondes, construites spécialement pour ce genre de suture ; on procède de la façon suivante : sur les lèvres postérieures qui font saillie dans la lumière intestinale, on place à cheval les agrafes ordinaires ; pour terminer et suturer les lèvres antérieures de la section, on emploie les agrafes rondes et on en place 2 étages : le second est formé par des agrafes plus grandes.

Tous les chiens opérés ainsi ont guéri. M. Chaput a employé ce procédé 4 fois chez l'homme. Dans un cas de pyloroplastie, le résultat a été excellent. Dans les autres cas où la mort est survenue, les sutures avaient parfaitement tenu. Ce procédé fait gagner un temps considérable.

M. Delbet a pratiqué très souvent les sutures intestinales circulaires, chez le chien, après résection d'un bout d'intestin. Tous les animaux guérissaient parfaitement et jamais ce mode de suture n'a déterminé de rétrécissement. Dans quelques cas la cicatrice était à peine apparente.

Etranglement de l'intestin par pincement latéral.

M. Schwartz rapporte un cas d'étranglement de l'intestin grêle par pincement latéral. Cette observation est très intéressante au point de vue pratique, car la malade n'a présenté aucun signe fonctionnel pouvant faire soupçonner un étranglement intestinal. Comme signes, on ne trouvait qu'une nodosité douloureuse au niveau de l'anneau crural. L'opération pratiquée d'après ce seul symptôme a montré l'intestin grêle pincé latéralement, noir rougeâtre, avec un sillon profond intéressant les deux couches musculaires. La séreuse était intacte. La malade a guéri. Dans les 120 cas de pincement latéral publiés par Vire, de Montpellier, M. Schwartz n'a pas trouvé un cas où l'absence de signes fonctionnels soit aussi complète. C'est du reste sur ce fait qu'il attire l'attention et qui dans quelques cas pourrait donner lieu à une temporisation malheureuse.

M. Quénu, qui a observé un cas superposable, insiste beaucoup sur l'absence possible de signes fonctionnels dans les cas de pincement latéral. Il faut détruire cette notion, répandue partout, à savoir que, dans le pincement latéral il existe presque toujours une imperméabilité intestinale complète.

M. Rochard a opéré un homme atteint d'occlusion intestinale sans aucun phénomène du côté des anneaux. La laparotomie médiane fit découvrir un pincement latéral de l'intestin grêle dans l'anneau inguinal.

M. Lejars a observé dans un ou deux cas de pincement latéral les mêmes phénomènes que M. Schwartz. En somme, dans quelques cas il y a une absence presque complète de signes fonctionnels, mais il existe souvent des phénomènes de stercorémie. Dans d'autres cas le pincement latéral évolue d'une façon aiguë, foudroyante.

M. Broca a opéré un cas analogue à celui de M. Rochard. Il se demande s'il n'existerait pas un diverticule préexistant sur lequel porterait le pincement.

M. Delbet confirme ce que vient de dire M. Broca. Dans certains cas le pincement se fait sur la paroi de l'intestin prise dans un anneau, dans d'autres, il se produit sur un diverticule préexistant.

M. Guinard cite le cas d'un homme qui présente une hernie inguinale que l'on réduit. Le malade succombe le lendemain et l'autopsie montre qu'il s'agissait d'une hernie congénitale avec pincement latéral très petit ayant déterminé une perforation.

Tumeurs développées autour de fistules anciennes.

M. Bazy rapporte quelques faits au sujet de la dernière communication de M. Ricard. On peut voir se développer de véritables tumeurs autour des fistules stercorales anciennes. On a constaté de vrais fibromes autour de certaines fistules uréthrales.

M. Potherat lit une observation analogue à celle de M. Delbet. Il s'agit d'une tumeur inflammatoire développée chez un homme de 70 ans, siégeant au niveau du flanc droit et prise pour un cancer du côlon descendant. L'évolution est absolument semblable à celle d'un néoplasme malin, l'état général du malade est mauvais. Toutefois, le malade affirmait qu'à certaines époques la tumeur paraissait diminuer.

L'opération montre une énorme tumeur se fusionnant avec les organes voisins, sans limites précises, présentant à son centre un liquide jaunâtre, visqueux dans une cavité de la grosseur d'une noix. M. Potherat enlève la majeure partie de cette tumeur fibreuse et en quelques semaines la masse restante s'était résorbée. Il semble que cette tumeur s'était développée autour d'un point de la paroi où le malade avait l'habitude de pratiquer des injections de Brown-Séquard.

Il faut se demander si on ne pourrait pas rapprocher ce fait de ceux rapportés par M. Ricard au sujet des thyroïdites avec production de tissu fibreux.

M. Berger cite un fait analogue à celui de M. Ricard. Un homme présente sur le côté droit du cou une tumeur profonde, faisant corps avec la trachée, indolente, avec engorgement de quelques ganglions du creux sus-claviculaire correspondant. L'état général était bon et, contrairement à ce qui se passe presque toujours dans les cas de néoplasme malin du corps thyroïde, on ne constatait pas de gêne primitive de la déglutition. L'iodure amena une amélioration notable. M. Berger, contrairement à M. Ricard, pense que dans les cas de tumeurs inflammatoires l'intervention chirurgicale est excessive, et que dans les cas de tumeur maligne l'opération n'amène pas de bénéfices durables.

M. Quénu présente un malade atteint de luxation traumatique du métatarse en dehors.

M. Routier présente une malade qu'il a opérée pour calculs du canal cholédoque. Il a retiré sept calculs.

Paul Laurent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet 1901. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

Diagnostic d'une fracture du crâne par la ponction lombaire.

MM. TUFFIER et MILIAN ont relaté le cas d'un malade qui fut soupçonné à cause des accidents cérébraux qu'il présentait, de méningite tuberculeuse. La ponction lombaire donna issu à un liquide rose (couleur chair). On supposa une fracture du crâne, fait qui put être vérifié peu après par l'autopsie.

Périostoses multiples.

M. L. GUINON présente un enfant qui porte depuis deux mois des tumeurs multiples très dures sur les divers os du squelette. Cet enfant est actuellement atteint de chorée. Ces tumeurs diminuent et disparaissent actuellement, elles sont indolentes, presque toutes adhèrent à l'os. M. Guinon les croit d'origine infectieuse.

Etude cytologique des épanchements de diverses séreuses.

MM. DOPTER et TANTON ont pratiqué le cytodiagnostic sur un certain nombre d'épanchements de pleurésie, d'hydrocèle, d'hydarthrose, d'ascite, de péricardite. Les résultats de leurs examens concordent avec ceux de MM. Widal et Ravaut, et ils concluent à la valeur incontestable du cytodiagnostic sauf toutefois pour l'hydarthrose dont la cytologie donne parfois des renseignements contradictoires ; de nouveaux examens sont nécessaires pour établir à son sujet des conclusions fermes. Les auteurs insistent sur l'utilité du cytodiagnostic quand il faut, par exemple, connaître la véritable nature d'un liquide pleural épanché au cours d'une infection quelconque. C'est ainsi qu'ils ont pu rapidement déceler la nature tuberculeuse de plusieurs épanchements survenus au cours ou au déclin de la grippe. Ils rapportent en outre le fait d'une hydrocèle chronique traumatique, où l'examen du dépôt fit voir des lymphocytes avec des cellules endothéliales ; après injection iodée, la lymphocytose fut remplacée par la polynucléose. Aussi la lymphocytose semble-t-elle bien être la manifestation d'un processus lent et chronique, la polynucléose, au contraire, celle d'une inflammation aiguë. Un cas d'ascite accompagnant l'évolution d'une cirrhose atrophique du foie a montré les polynucléaires en quantité prédominante avec des cellules endothéliales. Le fait est en faveur de l'opinion qui attribue l'épanchement abdominal des cas semblables à des lésions péritonéales concomitantes.

Abcès du larynx dus à l'entérocoque.

M. MÉNÉTRIER présente un larynx siège de nombreux petits abcès dus à un diplocoque non encapsulé, absolument semblable au parasite appelé entérocoque par M. Thiercelin.

M. BARBIER rappelle qu'il y a plusieurs années on a décrit dans le laboratoire de M. le Pr Grancher un streptodiplocoque analogue à l'entérocoque qui se trouvait dans les amygdales.

Sténoses du pylore.

M. SOUPAULT expose les caractères des sténoses du pylore sans stase. Les signes physiques manquent dans ces cas, mais les signes fonctionnels sont très nets. Le début passe inaperçu, au bout de quelques semaines, surviennent la douleur, les vomissements acides, etc. La douleur est très violente, elle apparaît tardivement après le repas, elle survient par accès. Ces crises d'abord espacées se rapprochent puis deviennent continues. Ces malades relèvent de la chirurgie. Ils bénéficent de l'opération, et n'ont besoin après ni de régime, ni de médicaments. Le diagnostic précoce de la sténose permet de faire à temps la pylorectomie dans les cancers du pylore.

Scorbut infantile.

M. COMBY signale un cas de scorbut chez un enfant âgé de 9 mois. Cet enfant était nourri au lait maternisé. L'enfant présentait du purpura, de l'augmentation des épiphyses, etc., et des fongosités des gencives. Les aliments frais (lait bouilli et purée de pommes de terre) quelques cuillerées à café de jus d'orange amenèrent la guérison rapide.

M. Comby attribue ce cas de scorbut au lait maternisé. Aujourd'hui il ne faut pas faire de différence entre la maladie de Barlovv et le scorbut.

Rétrécissement aortique de l'enfance.

M. DARIER fait remarquer qu'il est rare de trouver des rétrécissements aortiques vrais et acquis chez les enfants ; il rapporte un cas de ce rétrécissement aortique. Il met en garde contre le souffle systolique qui peut être aussi un signe d'aortite chronique: il faut qu'il y ait en outre une dilatation du cœur gauche et le pouls petit. Il admet deux variétés de rétrécissement aortique vrai, l'une est consécutive au rhumatisme et est rare : l'autre est la conséquence d'une aortite chronique, et est la plus fréquente, c'est dans cette classe que rentre l'observation de M. Darier.

Fièvre typhoïde avec perforation.

M. L. GUINON présente au nom de M. Léon d'ASTROS, de Marseille, une observation de fièvre typhoïde avec symptômes de péritonite par perforation au 35e jour, guérie par le traitement médical. — J. N.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr P. KERAVAL

I — **Ueber die Anlage zur Mathematik**, par P.-J. MOEBIUS. (Leipzig in-16, 1900, J. A. Barth, édit.)

Etude de localisation physiologique de la *bosse des mathématiques*, faite avec toute la prudence désirable. Très agréable à lire, illustré de belles héliogravures de mathématiciens éminents, ce petit volume nous paraît être un modèle d'examen anatomo-morphologique, inspiré par les principes de la méthode anatomo-clinique. L'auteur passe successivement en revue : 1° le mémoire de Gall sur le sens des rapports des nombres ; 2° le développement et les conditions du génie des mathématiques et du calcul chez les savants des deux sexes en cette faculté : 3° l'organe qui préside aux mathématiques : 4° les conditions de cet organe, le cerveau et le crâne des mathématiciens en renom. Un appendice sur Gall termine le volume : cet appendice nous rappelle la préface du traité d'anthropométrie crâniocéphalique de Benedikt. Voici ce que M. Moebius met en évidence.

Chez les grands mathématiciens, la partie inférieure du frontal présente une largeur transversale considérable, les deux apophyses orbitaires externes sont très écartées l'une de l'autre et en même temps l'une d'elles, surtout la gauche, ou toutes deux, forment une voussure en dehors. Généralement aussi, la portion latérale de la voûte orbitaire s'abaisse et entraîne la descente de la 1/2 externe de la paupière supérieure. En un mot, l'agrandissement de l'angle externe et supérieur de l'arcade orbitaire semble fait pour augmenter la capacité du contenu. La peau, le tissu cellulaire, le tissu adipeux, les sourcils, sont épais et abondants en cette région. Bien entendu, les variétés de cet *organe de Gall* ne manquent pas, mais le plus gros s'observe chez les mathématiciens de génie : les professeurs de mathématiques en ont un plus volumineux que les simples professeurs. Les hommes de sciences dont la partie touche de près aux mathématiques l'ont tantôt volumineux, tantôt petit, selon leurs capacités mathématiques. On est frappé de son volume chez certains financiers, certains amiraux, sur la tête de César (buste de Naples), de César Auguste (buste de Florence), de Napoléon, de de Moltke, chez les arithméticiens de haute valeur, chez Sophie Germain et Caroline Herschel, dont les formes sont masculines. Il se voit également chez Sophie Kowalewsky et Laura Bassi, mais ici la paupière ne tombe pas en dehors, les sourcils ne sont pas abondants, l'organe est surtout construit en hauteur. Accusé principalement à gauche, chez les jeunes filles qui, dans l'enseignement supérieur, sont douées d'aptitudes mathématiques, cet angle frontal apparaît marqué, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, chez les Japonais mathématiciens. Il caractérise la tête des enfants habiles au calcul et des mathématiciens enfants.

AVIS IMPORTANT

A nos Abonnés et à nos Lecteurs.

La collection des ARCHIVES DE NEUROLOGIE (1880-1900), *y compris l'abonnement de* 1901, *est vendue* 150 *fr., prise dans nos Bureaux.*

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 30 juin au samedi 6 juillet 1901, les naissances ont été au nombre de 1,028 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 497, illégitimes 137. Total 542. — *Sexe féminin* : légitimes. 367, illégitimes, 119. Total, 486.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 30 juin au samedi 6 juillet 1901, les décès ont été au nombre de 825. savoir : 452 hommes et 373 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 5 F. 2. T. 7. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0. T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 3, F. 7, T. 10. — Rougeole : M. 10, F. 4. T. 14. — Scarlatine : M. 2, F. 1. T. 3. — Coqueluche : M. 5. F. 6, T. 11. — Diphtérie et Croup : M. 4, F. 5. T. 9. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 2. T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 95. F. 69. T. 164. — Tuberculose des méninges : M. 9, F. 3, T. 12. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 6. T. 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 31. F. 20. T. 51. — Méningite simple : M. 11. F. 7. T. 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 27. F. 12, T. 39. — Maladies organiques du cœur : M. 30. F. 17, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 5. F. 7. T. 12. — Bronchite chronique : M. 6, F. 6, T. 12. — Pneumonie : M. 13. F. 8, T. 21. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 29, F. 43. T. 72. — Diarrhée et entérite de 0 a 1 an : sein : M. 2, F. 2, T. 4 ; autre alimentation : M. 16, F. 26, T. 42. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 4. F. 1, T. 5. — Hernies, obstruction intestinale : M. 4, F. 2, T. 6. — Cirrhose du foie : M. 3, F. 3, T. 6. — Néphrite et mal de Bright : M. 17, F. 10. T. 27. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 3, T. 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F, 2, T. 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement: M. 0. F. 3. T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 9. T. 24. — Debilité sénile : M. 8. F. 19. T. 27. — Morts violentes : M. 19, F. 11, T. 30. — Suicides : M. 6, F. 6. T. 12. — Autres maladies : M. 61. F. 48, T. 109. — Maladies inconnues ou mal definies : M. 9, F. 4, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 25, illégitimes, 5. Total : 30. — *Sexe féminin* : legitimes, 23, illégitimes, 12. — Total : 35.

L'*organe osseux* enferme-t-il un *organe cérébral correspondant?* La bosse intellectuelle des mathématiques est innée ; elle ne dépend pas des autres facultés. Il est donc à penser qu'elle est en rapport avec un endroit limité de l'écorce du cerveau. Elle est à chercher en dehors des sphères sensorielles. La réflexion montre que c'est dans le lobe frontal. Bien que certains animaux soient capables d'une certaine forme de numération, l'aptitude aux mathématiques est, de même que la parole, une faculté spéciale à l'homme. Il faut donc en chercher les conditions dans les parties du cerveau dont le volume est propre à l'homme. L'examen de l'échelle animale et du développement embryogénique des gaines myéliniques de l'écorce du cerveau chez l'homme et les anthropoïdes indiquent la 3me *frontale*. Le pied étant la région de Broca, l'*extrémité antérieure* de cette circonvolution, l'endroit où elle passe dans la seconde, la zone 40 de Flechsig, doit être le centre des mathématiques : c'est bien cette région qui occupe l'espace de l'angle frontal amplement agrandi par la saillie en dehors de l'apophyse orbitaire externe et l'abaissement de la portion externe de la voûte orbitaire. Cette manière de voir cadre avec la localisation de préférence à gauche de l'organe osseux, comme avec l'excès de développement chez les gens cultivés non seulement du pied de la 3me frontale mais de toute cette circonvolution. L'hyperplasie de la peau et de ses dépendances au niveau de l'angle en question dénonce, de concert avec la saillie du tissu osseux, une suractivité du contenu ; c'est le pendant de l'activité utéro-ovarienne qui engendre un développement extrême de tous les éléments des régions qui concourent à former le bassin.

Les autopsies ne fournissent point de documents précis concernant la région elle-même, mais le cerveau de Gauss, qui a été conservé, montre la richesse remarquable des circonvolutions frontales, développées et sinueuses, surtout de la première et de la seconde. Chez l'astronome Gyldén, la troisième frontale présentait, surtout à gauche, une complexité extraordinaire : la partie antérieure de cet organe constituait, à vrai dire, un gros îlot, renforcé de plis de passage eux-mêmes sinueux à gauche. Dans tous les cas, cerveau de Gauss, de Lejeune-Dirichlet, de Chauncy Wright, de Gyldén, de Morgan, d'Helmholtz, — les circonvolutions frontales étaient extraordinairement développées.

Dorénavant, par conséquent, on veillera à une analyse minutieuse du crâne et des frontales en cette région, par tous les moyens scientifiques les plus perfectionnés.

II. — Les songes d'attaques des épileptiques, par M. DUCOSTÉ. (Brochure in-8, tirée du *Journal de médecine de Bordeaux*, 1899).

Ce sont des songes qui ne se produisent que quand les malades ont des attaques, et ne surviennent pas en dehors de celles-ci. Contemporains de l'attaque, ils sont toujours les mêmes pour les mêmes malades, imprégnant la conscience au moment d'une crise d'épilepsie. Ils sont la photographie onirographique de l'attaque : on y retrouve l'aura, la phase tonique (angoisse), la phase clonique (lutte, fuite, agitation), le stertor (vision de mort). 4 observations à l'appui.

III. — Du sérum artificiel en aliénation mentale, par Eug. FAURE. Lyon, in-8, 19 0, L. Bourgeon, édit.).

Il s'agit d'injecter dans le tissu musculaire une solution stérilisée, tiède, de chlorure de sodium à 7 p. 1000. Dose : 400 à 600 grammes. On peut également l'injecter en lavements. Ce traitement, facile à faire, n'a pas d'inconvénients. Il élimine les toxines en les diluant, et en rétablissant les sécrétions. Il est indiqué dans tous les cas où les troubles mentaux paraissent liés à des infections, des auto-intoxications, et, aussi, pour les mêmes raisons, chez les épileptiques en proie à des crises subintrantes. Il exerce une action stimulante sur toutes les cellules, les cellules nerveuses en particulier : par suite, il faut l'injecter dans les états de dépression mélancolique, ainsi que chez les épileptiques dont les fonctions de nutrition sont ralenties. Il est utile pour la démorphinisation. Il rétablit la fonction urinaire et fait souvent disparaître la sitiophobie.

CORRESPONDANCE

Les habitations des infirmiers et infirmières et à l'hôpital de la Charité.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*,

Paris, 1er juillet.

Dans un des récents numéros de votre journal, vous avez rappelé les observations que vous avez faites au sujet des habitations attribuées au personnel secondaire des hôpitaux de Paris. Permettez-moi de compléter vos renseignements par les suivants, relatifs à l'hôpital de la Charité.

Infirmiers. Logements situés immédiatement au-dessous des greniers. 1 dortoir composé d'une salle de 45 pas de long sur 10 de large et 4 mètres de haut. 60 lits dans ce dortoir, séparés les uns des autres par un mètre d'intervalle. Chaque lit est semblable à celui des malades, dépourvu toutefois de l'étagère métallique qui se trouve à la tête de ces derniers. — Les sommiers sont formés par des lames d'acier parallèles, chaque lit possède un matelas. Les draps sont changés à volonté. Pas de table de nuit. Pas de vase de nuit. Les lieux d'aisance sont situés au fond du dortoir des infirmiers. Chaque infirmier a 1 chaise, 1 placard de 1 mètre de haut sur 1 de large, et 0,50 cent. de profondeur. Ce placard est manifestement insuffisant pour loger tous les vêtements etc., appartenant à chaque infirmier.

Pas de lavabos ni de tables de toilette. Chaque infirmier ne peut faire sa toilette qu'au lavabo de son service. Aussi ai-je vu souvent le matin, en arrivant dans ma salle, des infirmiers se débarbouiller et se peigner dans le lavabo très petit annexé à la salle des malades. — Aération insuffisante. Les fenêtres sont à tabatière, comme dans les mansardes, elles ont à peu près 0.85 de haut sur 0.85 de large. Il y en a en moyenne une pour deux lits. D'un côté du dortoir existent deux grandes fenêtres qui sont condamnées et pourvues de carreaux opaques.

Veilleurs. Logés comme les infirmiers. Leurs placards sont plus petits. Pas de cabinets dans le dortoir. Les veilleurs sont obligés de se servir de ceux des infirmiers.

Infirmières. Même disposition. Mais, le dortoir est plus petit que celui des infirmiers, les lits « sont les uns sur les autres ». — Les 3/4 *n'ont pas de placards*. Les jours de sortie, si l'infirmier ou l'infirmière ne veut pas sortir et tient à se reposer, il lui est interdit d'aller se coucher dans son lit. — *Veilleuses*. Idem.

Surveillants, surveillantes. Sous-surveillants, Panseurs : Chambres mansardées. 2 petites chambres à plafond bas, mal aérées, certains de ces logements sont de véritables niches.

Comme vous le voyez, Monsieur le Rédacteur en chef, la situation des infirmiers et infirmières de la Charité est aussi déplorable que celle de leurs camarades des hôpitaux dont vous avez parlé.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, etc.

Dr X...

VARIA.

Les Congrès

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE. — Le cinquième Congrès d'anthropologie criminelle se tiendra du 9 au 14 septembre à Amsterdam.

Parmi les questions à l'ordre du jour, citons les suivantes, qui présentent un intérêt général : 1° Les caractères distinctifs anatomiques et physiologiques des criminels. — 2° La psychologie et la psychopathologie des criminels et leurs rapports avec la folie. — 3° Sociologie criminelle, causes sociales du crime et de la criminalité.

En outre sera traitée la question suivante qui présente un caractère d'actualité immédiate : « Influence de l'alcoolisme sur la criminalité. »

Congrès britannique de la tuberculose. — Nous rappelons à nos lecteurs que le Congrès britannique de la tuberculose aura lieu du 22 au 26 juillet à Londres et que les communications et les demandes de renseignements doivent être adressées, 20, Hanover Square, Londres.

XI[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes

Ce congrès se tiendra du jeudi 1[er] août au mercredi 7 août, à Limoges ; nous prions instamment ceux de nos collaborateurs et de nos confrères qui ont l'intention d'y faire des communications de nous en envoyer le *résumé* AVANT le 10 AOUT.

M. Loubet à l'hopital Trousseau.

Le président de la République s'est rendu ce matin à l'hôpital Trousseau. Il était accompagné des deux secrétaires généraux de la présidence, M. Abel Combarieu et le général Dubois. Cette visite a eu lieu sur un avertissement donné par téléphone, M. Loubet ne voulant pas de préparatifs et partant de dérangements. Le directeur de Trousseau n'eut que le temps de prévenir le conseiller municipal du quartier ainsi que les architectes des annexes de l'hôpital.

Le président de la République a été reçu par MM. Millerand, ministre du commerce, Mourier, directeur de l'Assistance publique, Marsoullan, conseiller municipal, Voisin, conseiller à la Cour de cassation, ancien préfet de police, Richer, directeur de l'hôpital, Maistrasse et Berger, architectes, Netter, Guinon, médecins, Kirmisson, chirurgien. M. Mourier a donné à M. Loubet tous les renseignements qu'il demandait sur l'organisation de cet hôpital. Le président a parcouru toutes les salles, s'arrêtant un instant auprès de chaque malade, s'intéressant à son état, essayant de réconforter par quelques paroles affectueuses les plus atteints.

On lui a montré l'établissement moderne dans les moindres détails. L'installation des services est parfaite. Les derniers progrès y ont été réalisés : on a cherché aussi à égayer, par de jolies couleurs, par de hautes fenêtres ouvrant sur des jardins, cette maison de souffrances et de tristesse qu'est, malgré tout, un hôpital. Et on y a réussi.

Le président de la République a terminé sa visite par les deux salles d'enfants atteints de diphtérie. Là, il s'est arrêté longuement pour caresser les pauvres petits, leur promettre des jouets. Il a versé, en effet, entre les mains du directeur trois cents francs, qui sont destinés à les acheter. Comme les soins les plus dévoués sont prodigués aux malades, il ne pouvait pas être fait de meilleur emploi de cet argent qu'a l'habitude de laisser le chef de l'Etat comme un souvenir de sa visite. Et les petits qui pouvaient comprendre ont eu un sourire de reconnaissance. Le président de la République a félicité tout le personnel de l'hôpital disant combien il était touché de la sollicitude qu'il montrait pour tous ces enfants en contact de si bonne heure avec les misères de la vie.

Au cours de cette visite, M. Pantz, maire du 12[e] arrondissement, a reçu du président de la République la croix de la Légion d'honneur.

(*Le Temps* du 13 juillet 1991)

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 17 juillet, à 9 heures. — *M. Gabriel Bertrand* : Traitement rationnel de la blennorrhagie et des autres infections catarrhales purulentes génitales chez la femme : MM. Guyon, Kirmisson, Quénu et Segond. — *M. Champenois* : Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein (traitement) : MM. Guyon, Kirmisson, Quénu et Segond. — *M. Pouquet* : Traitement des fistules rénales : MM. Guyon, Kirmisson, Quénu et Segond. — *M. Lelong* : Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante de la réduction extemporanée : MM. Kirmisson, Guyon, Quénu et Segond. — *M. Gebrak* : Le pneumothorax dans la bronchectasie : MM. Cornil, Roger, Widal et Bonnaire. — *M. Duboz* : Contribution à l'étude de l'albuminurie gravidique : MM. Cornil, Roger, Widal et Bonnaire. — *M. Batard* : Contribution à l'étude des troubles oculaires dus aux parasites intestinaux : MM. Cornil, Roger, Widal et Bonnaire. — *M. Mezger* : De l'oligoamnios : MM. Cornil, Roger, Widal et Bonnaire. — *M. Lepeut* : Contribution à l'étude du traitement du lupus de la face par la photothérapie : MM. Debove, Schwartz, Marfan et Ménétrier. — *M. Montel* : De la résolution lente de la pneumonie lobaire aiguë : MM. Debove, Schwartz, Marfan et Ménétrier. — *M. Ladrague* : Alcoolisme et enfants : MM. Debove, Schwartz, Marfan et Ménétrier. — *M. Bonamy* : Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire : MM. Debove, Schwartz, Marfan et Ménétrier. — *M. Bossard* : Contribution à l'étude de la chorée de Sydenham ; de son traitement par le bromure de camphre en particulier : MM. Joffroy, Gilbert, Charrin et Dupré. — *M. Gérard* : Alcoolisme médicamenteux : prophylaxie : MM. Joffroy, Gilbert, Charrin et Dupré. — *M. Lecerf* : De l'opsiurie : MM. Joffroy, Gilbert, Charrin et Dupré. — *M. Duchesne* : La forme rénale de l'ictère acholurique simple ; MM. Joffroy, Gilbert, Charrin et Dupré.

A 1 heure. — *M. Frossard* : Des rapports entre l'état du système dentaire et les accidents buccaux chez les syphilitiques ; MM. Fournier, Rémy, Gaucher et Teissier. — *M. de Cisternes* : De l'influence de la pleurésie intercurrente sur l'évolution des lésions tuberculeuses pulmonaires ; MM. Fournier, Rémy, Gaucher et Teissier. — *M. Boirivant* : Traitement de l'eczéma par les composés du plomb ; MM. Fournier, Rémy, Gaucher et Teissier. — *M. Lapeyre* : Traitement des syphilis graves par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure ; MM. Fournier, Rémy, Gaucher et Teissier. — *M. Gebrak* : La pyélo-néphrite chez les femmes enceintes et, en particulier, de son traitement ; MM. Pinard, Gley, Varnier et Lepage. — *M. Hahn* : Des prématurés ; caractères, pronostic, traitement ; MM. Pinard, Gley, Varnier et Lepage. — *M. Zannelles* : Contribution à l'étude de la symphyséotomie dans le bassin rétréci au détroit inférieur : MM. Pinard, Gley, Varnier et Lepage. — *M. Brissard* : Sur les opérations économiques du pied ; MM. Terrier, Aug. Broca, Walter et Delbet. — *M. Beynot* : L'analgésie cocaïnique par injections sous-arachnoïdiennes, en particulier chez le vieillard ; MM. Terrier, Aug. Broca, Walter et Delbet. — *M. Bidel* : Des adénomes sébacés ; MM. Terrier, Aug. Broca, Walter et Delbet. — *M. Cotar* : Des appendicites larvées : MM. Terrier, Aug. Broca, Walter et Delbet. — *M. Habar* : Etude clinique sur la médication cacodylique chez les enfants ; MM. Brissaud, Reclus, Lejars et Wurtz. — *M. de Ribier* : Ydes : son histoire, ses eaux minérales ; essai sur leur action dans le traitement de l'obésité : MM. Brissaud, Reclus, Lejars et Wurtz. — *M. Jacquot* : Du prolapsus rectal irréductible ou étranglé (son traitement par l'amputation) : MM. Brissand, Reclus, Lejars et Wurtz. — *M. Rasealou* : De la compression et de la ligature de la carotide primitive dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile (accidents et résultats thérapeutiques) : MM. Brissaud, Reclus, Lejars et Wurtz.

Jeudi 18 juillet, à 9 heures. — *M. Gorecki* : Etude sur les accidents du travail concernant l'appareil de la vision au point de vue hygiénique et médico-légal : MM. Tillaux, Delens, Reynier et Delbet. — *M. Delassasseigne* : Contribution à l'étude des paralysies faciales traumatiques ; causes et effets : MM. Tillaux, Delens, Reynier et Delbet. — *M. Pate* : Diagnostic de l'anévrysme de l'aorte : MM. Tillaux, Delens, Reynier et Delbet. — *M. Courmontagne* : De l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers utérins : MM. Tillaux, Delens, Reynier et Delbet. — *M. Richard* : L'hygiène au Havre et maladies contagieuses endémiques et épidémiques (1880-1901) : mesures de prophylaxie : MM. Pouchet, Wurtz, Widal et André. — *M. Mage* : Influence du processus angineux sur le cycle thermique de la scarlatine : MM. Pouchet, Wurtz, Widal et André. — *M. Bresson* : Des effets du chloralose dans quelques affections mentales : MM. Pouchet, Wurtz, Widal et André. — *M. Agresse* : Sommeil et insomnie : médicaments hypnotiques : MM. Pouchet, Wurtz, Widal et Andre. — *M. Faehre* : Contribution à l'étude des cirrhoses veineuses : étiologie, marche et traitement : MM. Brouardel, Poirier, Launois et Thoinot.

A 1 heure. — *M. Grillot* : Le sanatorium français : MM. Brouardel, Poirier, Thoinot et Thiroloix. — *M. Ravary* : Les expertises médico-légales, leur histoire, leurs réformes : MM. Brouardel, Poirier, Thoinot et Thiroloix. — *M. Pitoiset* : Du dépeçage des cadavres en matière criminelle : MM. Brouardel, Poirier, Thoinot et Thiroloix. — *M. Mathe* : La sérothérapie préventive de la diphtérie : son état actuel ; ses indications : MM. Dieulafoy, Gilbert, Schwartz et Chassevant. — *M. Thoumire* : Considérations anatomiques sur le sinus maxillaire : diagnostic et traitement de l'empyème latent par l'orifice naturel : MM. Dieulafoy, Gilbert, Schwartz et Chassevant. — *M. Lhuillier* : Ulcérations professionnelles des mains chez les ouvriers qui travaillent les peaux : MM. Dieulafoy, Gilbert, Schwartz et Chassevant. — *M. Debets de la Crouzille* : Etude générale sur l'indican dans les urines : valeur clinique de l'indicanurie : MM. Dieulafoy, Gilbert, Schwartz et Chassevant. — *M. Antoniotti* : Le paludisme : prophylaxie individuelle : MM. Debove, Hallopeau, Tessier et Dupré.

— *M. Champ* : De la variole congénitale : MM. Debove, Hallopeau, Tessier et Dupré. — *M. Houlie* : Traitement de l'élément « douleur » de la portion sous-diaphragmatique dans quelques affections particulièrement d'origine nerveuse, par l'injection intrarachidienne de chlorhydrate de cocaïne : MM. Debove, Hallopeau, Teissier et Dupré. — *M. Lenormand* : Traitement du goitre par les injections iodées ; MM. Hutinel, Rémy, Marfan et Ménétrier. — *M. Etienne* : Contribution à l'étude des températures morbides locales : MM. Hutinel, Rémy, Marfan et Ménétrier. — *M. Markoff* : De l'hystéro-neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents du travail ; MM. Hutinel, Rémy, Marfan et Ménétrier. — *M. Ratier* : Contribution à l'étude du pronostic, des complications, du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants ; MM. Hutinel, Rémy, Marfan et Ménétrier. — *M. Arsonneau* : Réunion par première intention des fistules à l'anus ; MM. Le Dentu, Richelot, Thiroloix et Faure. — *M. Delaforge* : De la mobilité du rein en ectopie congénitale ; MM. Le Dentu, Richelot, Thiroloix et Faure. — *M. Plantard* : De la tuberculose primitive des muscles ; MM. Le Dentu, Richelot, Thiroloix et Faure. — *Mlle Tschitschkina* : Etude sur les formes sensitives de polynévrite ; MM. Raymond, Chantemesse, Gley et Vaquez. — *M. Laporte* : Du traitement de la sciatique et, en particulier, son traitement par les injections de cocaïne intra et extra-durales ; MM. Raymond, Chantemesse, Gley et Vaquez. — *M. Hauser* : Etude sur la syringomyélie ; MM. Raymond, Chantemesse, Gley et Vaquez.— *M. Grimaud* : Hypertrophie partielle congénitale du corps avec nævus : MM. Raymond, Chantemesse, Gley et Vaquez. — *M. Fabre* : Quelques considérations sur la pathogénie des phlébites, en particulier de la phlegmasie alba dolens ; MM. Blanchard, Charrin, Achard et Desgrez. — *M. Meunier* : Etude sur l'endocardite infectieuse d'origine annexielle chronique ; MM. Blanchard, Charrin, Achard et Desgrez.— *M. Devé* : De l'échinococose secondaire : MM. Blanchard, Charrin, Achard et Desgrez. — *M. Ramisiray* : Pratiques et croyances médicales des Malgaches ; MM. Blanchard, Charrin, Achard et Desgrez.

Vendredi 19 juillet, à 9 heures. — *M. Landaire*. Fistules consécutives aux suppurations hépatiques (abcès, kystes hydatiques) ; MM. Guyon, Chantemesse, Campenon et Dupré.—*M. Colombani* : Introduction à l'étude des troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme et des conséquences thérapeutiques qui en découlent ; MM. Guyon, Chantemesse, Campenon et Dupré. — *M. Mathieu* : Etude sur les infections générales aiguës par le staphylocoque pyogène ; MM. Chantemesse, Guyon, Campenon et Dupré.— *M. Thiellement* : Des injections extradurales de cocaïne et de sérum dans le traitement de la sciatique et du lumbago ; MM. Chantemesse, Guyon, Campenon et Dupré. — *M. Pajot* : Documents analytiques ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage et Tuffier. — *M. Diamantberger* : L'analgésie cocaïnique par la voie rachidienne en obstétrique ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage et Tuffier.— *M. Raoux* : Du sacrum dans les bassins asymétriques ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage et Tuffier. — *M. Bugiel* : Un célèbre médecin polonais au seizième siècle : Joseph Struthius (1510-1568) ; MM. Kirmisson, Pinard, Lepage et Tuffier. — *M. Georges Martin* : De la douleur abdominale dans la fièvre typhoïde ; MM. Debove, Roger, Wurtz et Teissier.—*M. de Seze* : Etude sur la mort subite consécutive à la rupture des kystes hydatiques du foie : MM. Debove, Roger, Wurtz et Teissier. — *M. Gaudu* : Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona ; MM. Debove, Roger, Wurtz et Teissier.

A 1 heure. — *M. Allard* : Contribution à l'étude des adénopathies (trachéo-bronchique et axillaire) dans la tuberculose pulmonaire chronique ; MM. Grancher, Hayem, Launois et Méry. — *M. Rousseau* : La péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite ; MM. Grancher, Hayem, Launois et Méry. — *M. Chinot* : De l'arthritisme des premières voies respiratoires ; MM. Hayem, Grancher, Launois et Méry. — *M. Blanc* : De la forme anémique du cancer de l'estomac : MM. Hayem, Grancher, Launois et Méry. — *M. Decock* : Considérations sur la pathogénie et le traitement des gangrènes diabétiques : MM. Tillaux, Delens, Aug. Broca et Lejars. — *M. Jamaux* : Contribution à l'étude des rapports des affections chroniques du mamelon et de l'aréole avec les cancers du sein ; MM. Tillaux, Delens, Aug. Broca et Lejars. — *M. Niot* : De la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit ; diagnostic avec l'appendicite ; MM. Tillaux, Delens, Aug. Broca et Lejars. — *M. Cellard* : Curage du cancer de l'utérus inopérable ; MM. Tillaux, Delens, Aug. Broca et Lejars. — *M. Zervondo* : De l'analgésie chirurgicale par la cocaïnisation, spécialement au point de vue de ses inconvénients : MM. Brissaud, Reclus, Second et Varnier. — *M. Mircousch* : Du xanthome généralisé ; MM. Brissaud, Reclus, Second et Varnier. — *M. Guihal* : Contribution à l'étude de la grossesse triple (diagnostic, pronostic et conduite à tenir) ; MM. Brissaud, Reclus, Segond et Varnier. — *M. Laffitte* : Cure radicale de la hernie inguinale ; MM. Brissaud, Reclus, Segond et Varnier.

Samedi 20 juillet, à 9 heures. — *M. Lefèvre* : Le citrophène : MM. Brissaud, Thoinot, Thiroloix et Charrin.— *M. Doazan* : Essai sur les principaux types d'asthme cardiaque ; MM. Brissaud, Thoinot, Thiroloix et Charrin. — *M. Toulzac* : Rires et pleurs spasmodiques ; MM. Brissaud. Thoinot, Thiroloix et Charrin. — *M. Zavadorski* : De la péritonite blennorrhagique des petites filles ; MM. Tillaux. Delens, Walther et Mauclaire.— *M. Laurent* : Contribution à l'étude des gangrènes dans les fractures ; MM. Tillaux, Delens, Walther et Mauclaire. — *M. Guérin* : Traitement des fractures indirectes dorso-lombaires du rachis ; MM. Tillaux, Delens, Walther et Mauclaire. — *M. Pernot* : Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse chronique par la laparotomie ; MM. Tillaux, Delens, Walther et Mauclaire.

A 1 heure. — *M. Lœvy* : Méthode des greffes péritonéales ; MM. Dieulafoy, Pouchet, Achard et Chassevant. — *M. Carratier* : De la péritonite à pneumocoques chez l'adulte ; MM. Dieulafoy. Pouchet, Achard et Chassevant.— *M. Curletti* : Contribution à l'étude des néphrites toxiques aiguës ; MM. Dieulafoy, Pouchet, Achard et Chassevant. — *M. Julien* : De l'urine et de ses modifications dans les affections des voies digestives ; MM. Pouchet, Dieulafoy, Achard et Chassevant. — *M. Rousseau* : Contribution à l'étude des brides congénitales des membres ; MM. Berger, Schwartz, Poirier et Marfan. — *M. Hillereau* : Contribution à l'étude de la maladie de Paget ; MM. Berger, Schwartz, Poirier et Marfan. — *M. Chateau* : De l'inflammation et de la suppuration des kystes et pseudo-kystes sacculaires ; MM. Berger, Schwartz, Poirier et Marfan. — *M. Caderas* : La rubéole à Rennes en 1899 ; MM. Berger, Schwartz, Poirier et Marfan. — *M. Molinie* : De la sérothérapie intense dans quelques cas graves de diphtérie ; MM. Hutinel, Gilbert, Ménétrier et Widal. — *M. Wolf* : Des éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire dans les affections méningées aiguës, subaiguës et chroniques ; MM. Hutinel, Gilbert, Ménétrier et Widal. — *M. Cosset* : Considération sur le poids des tuberculeux curables ; MM. Hutinel, Gilbert, Ménétrier et Widal.— *M. Coullaumes-Labarthe* : Lithiase appendiculaire ; étude clinique ; MM. Hutinel, Gilbert, Ménétrier et Widal. — *M. Bouvier* : Contribution à l'étude des infections de l'ombilic chez les nouveau-nés ; MM. Hutinel, Gilbert, Ménétrier et Widal. — *M. Troitsky* : De la paralysie associée de la sixième et de la septième paire ; MM. Raymond, Hallopeau, Vaquez et Desgrez. — *M. Patureau* : De la névralgie testiculaire et de son traitement par la résection nerveuse ; MM. Raymond, Hallopeau, Vaquez et Desgrez. — *M. Tourlet* : Le « Fersan », ses propriétés thérapeutiques et alimentaires ; MM. Raymond, Hallopeau, Vaquez et Desgrez.— *M. Maussire* : Alcool et traumatisme ; MM. Raymond, Hallopeau, Vaquez et Desgrez.

Lundi 22 juillet, à 1 heure.— *M. Polak* : Contribution à l'étude du traitement des tumeurs vésicales ; MM. Tillaux, Tuffier, Reynier et Lejars.— *M. Boulommier* : Des réunions nerveuses ; étude sur quelques cas de retour très rapide de la sensibilité et de la motricité après la suture nerveuse ; MM. Tillaux, Tuffier, Reynier et Lejars. — *M. Damotte* : Contribution à l'étude clinique des pleurésies traumatiques non purulentes ; MM. Tillaux, Tuffier, Reynier et Lejars.— *M. Hautière* : Contribution à l'étude des nodules vocaux chez les chanteurs (pathogénie et traitement) ; MM. Tillaux, Tuffier, Reynier et Lejars.

Mardi 23 juillet, à 9 heures. — *M. Robin* : Contribution à l'étude des malformations dentaires chez les idiots, hystériques et épileptiques ; MM. Brissaud, Launois. Thiéry et Dupré.— *M. Rosembaum* ; Une conférence contradictoire, religieuse et scientifique, sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de la femme à l'école de Rami, à la fin du deuxième siècle ; MM. Brissaud, Campenon, Thoinot et Delbet.

Mercredi 24 juillet, à 9 heures. — *M. Le Fur* : Des ulcérations vésicales et, en particulier, de l'ulcère simple de la vessie ; MM. Guyon, Leguen, Delbet et Thiéry.— *M. Desjardins* : Des tumeurs végétantes de l'ovaire ; MM. Guyon, Legueu, Delbet et Thiéry.— *M. Burty* : Quelques observations d'uréthrites primitives aseptiques ; MM. Guyon, Legueu, Delbet et Thiéry.

FORMULES

III. — Contre l'hémoptysie.

Chlorure de calcium	5 gr.
Teinture thébaïque	XX gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges	25 gr.
Julep gommeux	90 gr.

1 cuiller à soupe toutes les 2 heures.

NOUVELLES

Par arrêté préfectoral en date du 12 juillet 1901, la démission de M. le Dr de la Nièce, médecin-adjoint de la préfecture de la Seine, a été acceptée, et M. le Dr de la Nièce a été nommé médecin-adjoint honoraire de la Préfecture de la Seine.

Distinctions honorifiques. — Légion d'honneur : Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur. — M. le docteur Chauvel (médecin inspecteur de l'armée).

Officiers. — MM. les docteurs G.-J. Bailby, Baudot, Jourdan (médecins de l'armée active) ; Massie (médecin de l'armée territoriale) ; Dhoste (médecin de la marine) : Clavel (médecin des colonies).

Chevaliers. — MM. les docteurs Bimler, Bonjean, Bonnamy, Cambours-Mouflet, Carlier, Clavelin, A.-E. Courtois, Cultin, L.-L. Delorme, Ducros, Gleize, J.-M. Guérin, Hugard, Landouzy, Marcelin, Marix, Moreau, E.-P. Pech, Sicard, Vachez (médecins de l'armée active) ; Deshayes, Noquet, Rit, Zœller (médecins de l'armée territoriale) ; Bellard, Berriat, Bonnescuelle de Lespinois, Brochet, Martenot, Sadoul (médecins de la marine) ; Ourse (médecin de réserve de la marine) ; Capus, Dumas, Marmey, Piron (médecins des colonies).

— Par décret, en date du 12 juillet 1901, les membres des Facultés et Ecoles assimilées (Ecoles supérieures de pharmacie, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie) sont tenus de résider dans la ville où siège la Faculté ou Ecole dont ils font partie, s'ils n'en ont été dispensés pour causes approuvées par le ministre, après avis du recteur.

Il sera pris ou dirigé telles mesures ou poursuites disciplinaires que de droit contre les membres des Facultés ou Ecoles qui, dûment avertis par le recteur, ne se conformeraient pas à l'obligation ci-dessus indiquée. Pour l'exécution de ce décret, les faubourgs et banlieues des villes seront considérés comme les villes mêmes.

Proportion des médecins traitants relativement au nombre des malades dans les asiles de la Seine.

ASILES	Avant le dédoublement des services des asiles de Villejuif et de Ville-Evrard. Nombre de malades existants au 31 décembre 1896.	Nombre de médecins traitants.	Nombre de malades pour 1 médecin.	Après le dédoublement de ces services. Nombre de malades existants au 30 novembre 1897.	Nombre de médecins traitants.	Nombre de malades pour 1 médecin.
Asile Clinique.	1066	4	266	1047	4	261
Ville-Evrard...	1377	3	459	1364	4	341
Vaucluse	985	3	328	1083	3	361
Villejuif	1454	2	727	1374	4	343
Total..........	4882	12	406	4868	15	324

Voici maintenant le chiffre des malades entrés dans les asiles de la Seine pendant l'année 1899 d'après le dernier rapport sur le service des aliénés (page 47) : à l'Asile clinique, 3.622 : à Ville-Evrard, 1.022 ; à Vaucluse, 803 ; à Villejuif, 1.178 : à la Salpêtrière, 134. Les trois médecins de la Salpêtrière ont reçu chacun moins de 50 malades, c'est-à-dire une observation complète à prendre par semaine, ils peuvent facilement faire face à une besogne aussi minime.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Delpeuch, médecin de l'hôpital Cochin, enlevé à l'âge de 45 ans à l'estime de ses confrères et à l'affection des siens. Le *Progrès médical* adresse à la famille de M. Delpeuch l'expression de ses sincères condoléances.

Nous regrettons encore d'annoncer la mort de M. le Dr Lorey, chevalier de la Légion d'honneur, médecin en chef du ministère des affaires étrangères.

Chaires de Clinique. — M. Landouzy, professeur de thérapeutique à la faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à cette faculté.

M. De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Lille, est nommé professeur de clinique ophtalmologique à Paris en remplacement du Pr Panas.

Le *Progrès médical*, dans son prochain numéro, publiera une notice sur le Pr De Lapersonne.

Association française d'urologie. — La cinquième session de l'*Association française d'Urologie* se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du *24 au 26 octobre 1901*, sous la présidence de M. le Pr Guyon. La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Rein mobile : Pathogénie et indications opératoires.* Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : M. E. Desnos, *31, rue de Rome.*

Assistance publique. — *Adjudication.* — Le mercredi 7 août 1901, à 2 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu d'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria no 3, à l'adjudication au rabais, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackinstosh, protective, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration, pendant un an à partir du 15 août 1901.

Ces fournitures sont évaluées approximativement avant rabais, à : *1er et 2e lots* : Gazes iodoformées et au salol, 44.750 fr. par lot. — *3e et 4e lots* : Coton au salol et boriqué, mackinstosh, protective, lint boriqué, 18.400 fr. par lot. — *5e et 6e lots* : coton hydrophile, 37.500 fr. par lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au bureau des adjudications de ladite administration, avenue Victoria, no 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise.)
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 30. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 27 JUILLET 1901

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

CLINIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. le Pr F. RAYMOND**

Sur un cas de polynévrite généralisée, avec diplégie faciale, d'origine vraisemblablement blennorrhagique.

Messieurs,

Il n'y a pas très longtemps, on ne connaissait à l'infection blennorrhagique qu'un très petit nombre de localisations. En dehors de celle qui lui est habituelle, en dehors de la blennorrhagie des organes génito-urinaires, on décrivait seulement l'ophtalmie blennorrhagique. Plus tard, est venue s'y joindre l'arthrite de même origine ; on lui a donné le nom de *rhumatisme* blennorrhagique, bien à tort, car elle n'a rien de rhumatismal. La connaissance exacte de sa nature date de la découverte du gonocoque de Neisser, du microbe de la blennorrhagie, dont la présence a été constatée dans les foyers d'arthrite blennorrhagique.

A la suite de cette même découverte, nous avons appris à connaître d'autres déterminations anatomiques de même provenance : l'endocardite, l'aortite, la pleurésie, la péritonite blennorrhagiques, et jusqu'à la stomatite (par inoculation directe). Il s'est fait voir aussi que les centres nerveux et leurs enveloppes molles n'échappent point aux atteintes de l'infection blennorrhagique. On connaît un certain nombre de cas de méningite spinale, dont la nature gonococcique a été démontrée par l'examen bactérioscopique des produits morbides. On a relaté des cas de myélite, auxquels on a cru pouvoir attribuer une origine analogue. Les principaux ont été publiés par Hayem et Parmentier, par Charier et Tevrieram, par Spillmann et Haushalter, en France ; par Leyden, et tout récemment par le Dr Rad (1), en Allemagne. A vrai dire, l'interprétation de ces faits est discutable, parce que la preuve de la nature blennorrhagique de la méylite n'a pas été fournie par l'examen bactérioscopique. Pour ne parler que de l'observation, dernière en date, publiée par Rad, elle concerne un homme de 32 ans, qui avait eu, à quelques années de distance, deux blennorrhagies. Quatre jours après le début de la seconde, qui fut très violente, il ressentit une faiblesse des jambes, qui augmenta très rapidement et se compliqua d'une incontinence d'urine et de matières. Le malade est devenu en proie à de violentes douleurs, au niveau des 4e et 7e vertèbres dorsales, exaspérées par la pression ; il avait de la fièvre. En très peu de temps, la paraplégie devint complète. Aux membres inférieurs, les réflexes patellaires étaient abolis, ainsi que les réflexes cutanés. Le réflexe plantaire se produisait en extension. Les réactions électriques ne présentaient que des modifications quantitatives. Une ulcération de décubitus se forma au siège ; elle s'aggrava rapidement, malgré le séjour permanent au bain, et le patient succomba après quelques semaines de maladie. L'examen bactérioscopique du liquide obtenu à la suite d'une ponction lombaire n'a pas fait découvrir de gonocoques.

On a prétendu que l'infection blennorrhagique pouvait se localiser sur l'encéphale. Ainsi, le Dr Tambouret a communiqué à la Société des neurologistes de Moscou (21 janvier 1894) un cas d'embolie cérébrale double, avec terminaison mortelle, survenue dans le cours d'une phlébite de la cuisse, à laquelle l'auteur attribuait une origine blennorrhagique. A la même époque, mon collègue Pitres (1), de Bordeaux, a publié deux observations d'accidents cérébraux survenus dans le cours d'une blennorrhagie et vraisemblablement en relation avec elle. Ces accidents peuvent se résumer ainsi : ictus apoplectique, avec hémiplégie droite et aphasie consécutive, au cours d'une blennorrhagie uréthrale compliquée d'arthrite, épilepsie jacksonienne et mort rapide, dans un cas ; hémiplégie, sans ictus apoplectique, et régression progressive de la paralysie, au cours d'une blennorrhagie uréthrale, chez un soldat de 24 ans, dans l'autre cas.

En Allemagne, L. Bruns (2) a publié un fait du même

(1) RAD. Ein Fall von acuter gonorrhoischer Myelitis. *Munchener medicin. Wochenschrift*, 1901, n° 49. p. 1715.

(1) PITRES. Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie. *Revue neurologique*, 1894, n° 15.

(2) L. BRUNS. Ueber gonorrheische Hemiplegie und Aphasie. *Neurologisches Centralblatt*, 1895 n° 24.

genre ; je le résumerai ainsi : uréthrite et endométrite blennorrhagiques : périmétrite gauche et salpingite, épilepsie partielle, limitée au côté droit ; hémiplégie droite totale et aphasie. Un peu plus tard, Fürbringer (1) a publié la très intéressante observation d'un malade qui au cours d'une uréthrite blennorrhagique, a présenté les symptômes d'une méningite cérébro-spinale. Une ponction lombaire donna issue à 25 cc. d'un liquide purulent, au sein duquel on a constaté la présence du gonocoque de Neisser. Le malade a succombé, quatre jours après le début des accidents. L'autopsie a démontré l'existence d'une méningite cérébrale gonococcique.

*
* *

Messieurs, il était à prévoir que toutes les maladies du système nerveux susceptibles de reconnaître une origine infectieuse pouvaient compter l'infection blennorrhagique au nombre de leurs causes occasionnelles. Or, dans deux précédentes leçons (2), consacrées à l'étiologie des névrites multiples, j'ai montré que les causes occasionnelles des polynévrites se résument, à peu de chose près, dans les intoxications, les auto-intoxications et les infections. A priori, on pouvait donc penser que l'infection blennorrhagique était apte à se localiser sur les nerfs périphériques et à engendrer des polynévrites, comme elle se porte sur la moelle et ses enveloppes, vraisemblablement aussi sur le cerveau et ses méninges. La réalité est conforme à ces prévisions ; vous allez en juger par les faits dont il me reste à vous entretenir.

Dans les leçons que je viens de vous rappeler, j'avais déjà eu l'occasion de mentionner que, dans une communication à la Société des neurologistes de Moscou (19 février 1893), le Dr Durdufi classait les névrites au nombre des conséquences possibles de l'infection blennorrhagique. A l'appui de cette manière de voir, le Dr Speranski avait communiqué à cette même Société (19 mars 1893) l'observation d'un homme de 25 ans, qui, dans le cours d'une blennorrhagie chronique avec rétrécissement de l'urèthre, avait été atteint successivement d'une arthrite du coude et de l'épaule, à droite, d'une faiblesse de ces mêmes parties, accompagnée de secousses convulsives et d'une exagération des réflexes patellaires, d'une amyotrophie très prononcée des membres du côté droit, d'une hypoesthésie très nette de la région de l'épaule et du bras droits, d'une anesthésie, de sensations de paresthésie et de douleurs le long des sciatiques. A l'idée du Dr Speranski, le malade en question était atteint d'une polynévrite blennorrhagique. Quelques années plus tard, en 1898, F. Allard et Meige, puis Naunyn, admirent la possibilité des névrites blennorrhagiques.

Bien avant l'époque dont je vous parle, mon savant collègue et ami, le prof. A. Fournier, avait mentionné la sciatique au nombre des complications possibles de la blennorrhagie ; or, qui dit sciatique dit le plus souvent névrite. L'an dernier, le prof. Lesser, de Breslau, a communiqué au Congrès allemand de dermatologie (3) un cas de blennorrhagie compliquée d'une épididymite et d'une sciatique. Il n'hésita pas à mettre celle-ci sur le compte de l'infection blennorrhagique, et il crut pouvoir assigner les caractères suivants à la sciatique de pareille origine : début foudroyant de la douleur, au lieu que, dans la sciatique vulgaire, la douleur augmente d'une façon progressive ; poussées de fièvre à type intermittent ; guérison en un espace de temps relativement court. Enfin, le prof. Naunyn a publié une observation qu'il a donnée comme un exemple de névrite d'origine blennorrhagique. Pour le dire en deux mots, il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, affecté d'une blennorrhagie uréthrale depuis plusieurs semaines, lorsqu'il fut pris d'une arthrite du coude et du genou gauches. Presque conjointement il présenta à la jambe droite les symptômes d'une névrite avec prédominance des manifestations douloureuses. Les douleurs, violentes et continues, qu'il éprouvait, se calmèrent sous l'influence d'un traitement par le salicylate de soude et par les applications locales de froid ; la jambe droite fut envahie par une atrophie musculaire très prononcée et une parésie motrice qui intéressait surtout le quadriceps fémoral. Des deux côtés, on constatait de l'exagération du réflexe patellaire, et, par le redressement du pied, on provoquait de la trépidation épileptoïde.

Voilà un ensemble de faits qui rend très vraisemblable l'existence de la polynévrite blennorrhagique. Le cas du malade que je vais examiner à l'instant devant vous se rattache à la même catégorie.

Le nommé G..., mécanicien, âgé de 30 ans, est entré dans le service, le 20 novembre 1900. Il occupe le lit n° 22 de notre salle Prüss. Je n'ai rien de spécial à vous mentionner au sujet de ses antécédents pathologiques familiaux. G... n'a jamais eu d'indisposition sérieuse jusqu'à l'âge de 22 ans. Lors de son service militaire à Rennes, dans une compagnie d'ouvriers d'artillerie, il a contracté simultanément la syphilis et la blennorrhagie. Pendant quatre années, il a suivi le traitement classique de la vérole. Après les symptômes du début (chancre induré sur la verge, éruption de roséole), il n'a plus présenté d'accidents imputables à cette maladie ; il n'a jamais eu de maux de gorge, de céphalée nocturnes, d'éruption suspecte, etc.

Au retour du service militaire, G... a repris son métier de mécanicien. Il est resté bien portant jusqu'à la fin d'avril dernier (1900). A cette époque, il a contracté une nouvelle blennorrhagie ; la période aiguë a duré six semaines. Puis, le 7 octobre, les premiers symptômes de la maladie actuelle ont fait leur apparition, sous la forme d'un engourdissement et de fourmillements dans les extrémités inférieures ; l'écoulement blennorrhagique, complètement arrêté depuis quelques jours, s'est rétabli.

Le malade n'a pas de fièvre, il n'a pas eu, non plus, de rachialgie, mais un peu d'anorexie et quelques vomissements. Les jours suivants, l'engourdissement a gagné les jambes et les cuisses, en manifestant une légère prédominance à gauche. Les membres inférieurs ont été frappés d'une parésie motrice qui s'est aggravée avec une grande rapidité ; le 11 octobre 1900, le malade est tombé en pleine rue. Il a eu de la peine à rentrer chez lui, et il a dû s'aliter.

Il a gardé le lit pendant une semaine et demie ; dans l'intervalle, l'engourdissement et l'impuissance motrice n'ont fait que progresser, tout en gagnant les membres supérieurs et la face. Le malade s'est fait admettre à la maison Dubois, dans le service de M. Vaquez, qui a eu la complaisance de nous communiquer les notes suivantes : à ce moment, G... était dans l'impossibilité absolue de *se tenir debout*, de *marcher*, *de mou-*

(1) Furbringer. Tödtliche Cerebrospinalmeningitis und acute Gonorrhoe. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1896, n° 27.

(2) F. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. *deuxième serie*, leçons XV et XVI.

(3) L. Lesser. Ischias gonorrhœica. Analysé in : *Neurologisches Centralblatt*, 1899, n° 19, p. 890.

voir ses jambes dans le lit. Il présentait une *hyperesthésie cutanée et profonde, aux membres inférieurs,* avec *engourdissement des extrémités. Les muscles du tronc* participaient à la paralysie motrice; le malade était dans *l'impossibilité de s'asseoir,* de *se retourner dans son lit.*

Aux membres supérieurs, l'*impotence était très accusée* (quoique moins absolue qu'aux membres inférieurs); il existait de *l'engourdissement et des fourmillements des mains,* de *l'hyperesthésie cutanée.*

Le malade était dans l'impossibilité de *siffler,* de *souffler,* de *fermer les yeux.*

On ne constatait ni diplopie, ni signe de névrite du pneumogastrique, ni troubles intellectuels, ni troubles sphinctériens.

* * *

Pendant son séjour à la maison Dubois, le malade a présenté des symptômes en rapport avec une complication pulmonaire, au sujet de laquelle les médecins traitants ont hésité entre une pneumonie et une congestion pulmonaire, complication qui, pendant quelques jours, mit la vie du malade en sérieux danger. Au bout d'une huitaine de jours, les accidents aigus disparaissaient, et, peu à peu, la convalescence s'établissait.

Au bout d'un mois, M. Vaquez nous a adressé le malade à la Salpêtrière. A ce moment, G.., était en voie d'amélioration notable. Il pouvait déjà se tenir debout, en s'aidant légèrement d'une canne, chose qu'il lui était impossible de faire lors de son entrée à la maison Dubois.

Comme vous pouvez vous en rendre compte, le malade, actuellement, peut imprimer à ses orteils des mouvements d'extension et de flexion, étendre et fléchir le pied, le porter en dedans ou en dehors, fléchir la jambe sur la cuisse, sur le bassin. Les mouvements d'abduction et d'adduction de la cuisse sont normaux. *En somme, tous les mouvements des membres inférieurs s'exécutent spontanément et sans effort. La résistance aux mouvements provoqués est très suffisante,* sauf pour l'extension provoquée de la jambe sur la cuisse à droite et pour l'extension du pied ; le malade ne peut s'opposer d'une façon efficace à ces mouvements passifs.

Depuis une dizaine de jours, le malade est de nouveau en état de marcher ; à part quelques oscillations latérales du tronc, la marche est régulière. Il peut se tenir d'aplomb sur ses jambes, même les yeux fermés, seulement, la station verticale lui occasionne rapidement une grande fatigue. G... a ressenti quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, ainsi que des *engourdissements* et des *fourmillements,* d'abord localisés aux pieds, puis généralisés à toute la surface des membres inférieurs. Ces troubles subjectifs, assez intenses à l'époque où le malade était hospitalisé à la maison Dubois, ont, à l'heure actuelle, presque complètement disparu. A la même époque, l'hyperesthésie cutanée était telle que le moindre contact, le plus léger frôlement, provoquaient une douleur extrême au niveau de toute la surface tégumentaire, mais plus particulièrement aux membres inférieurs. La sensibilité tactile est normale des deux côtés ; partout le malade perçoit instantanément les impressions de contact et il les localise avec exactitude. Aux mollets, la pression des masses musculaires développe une légère douleur. Il en est de même du soulèvement du membre inférieur maintenu en extension (signe de Lasègue). La sensibilité à la douleur, la sensibilité au chaud et au froid sont intactes partout, de même que la sensibilité musculaire et articulaire. Des deux côtés, le réflexe rotulien est aboli ; le réflexe du tendon d'Achille est affaibli. La recherche du phénomène du pied (signe de Babinski) n'a pas donné de résultats bien nets. Le réflexe crémastérien se produit d'une façon normale. Vous voyez que les membres inférieurs sont le siège d'une atrophie musculaire généralisée ; mais prédominante au niveau des mollets. Voici les résultats que donne la mensuration de ces membres à différents niveaux :

		Membre inférieur droit :	Membre inferieur gauche :
Jambe	1/3 supérieur. . .	28 cm.	28 cm.
	1/3 moyen	26 cm.	27 cm.
	1/3 inférieur. . . .	18 cm	18 cm.
Cuisse	1/3 supérieur. . .	41 cm.	41 cm.
	1/3 moyen	39 cm.	38 cm.
	1/3 inférieur . . .	31 cm.	31 cm.

Aux *membres supérieurs,* l'impotence fonctionnelle, absolue à un moment donné, a rétrocédé depuis environ trois semaines, c'est-à-dire plus tôt qu'aux membres inférieurs ; vous avez entendu dire au malade que « les bras sont revenus avant les jambes ». Ainsi que vous pouvez en rendre compte, tous les mouvements physiologiques des membres supérieurs sont actuellement rétablis. La résistance aux différents mouvements provoqués est normale.

Je vous ferai remarquer notamment que le malade oppose une résistance parfaite à l'extension de l'avant-bras sur le bras ; à cette ocasion, on voit le long supinateur faire saillie sous la peau. A l'épreuve dynamométrique, les deux mains donnent 25. Les réflexes tendineux sont très affaiblis, aux poignets et aux coudes.

Depuis 15 jours, le malade n'éprouve plus aucun trouble de la sensibilté subjective. La sensibilité tactile est normale des deux côtés. Au niveau des avant-bras seulement, la pression développe une légère douleur. Je vous ai déjà dit que la sensibilité à la douleur, au chaud et au froid, la sensibilité musculaire et articulaire sont normales partout. De même que les membres inférieurs, les membres supérieurs sont le siège d'une amyotrophie généralisée, mais qui ne prédomine nulle part. Au tronc, la musculature, la sensibilité, la réflectivité sont intactes. Au cou, les mouvements de flexion, d'extension, de rotation, s'effectuent bien. Le malade oppose une résistance normale aux divers mouvements provoqués. La sensibilité, envisagée dans ses différentes manières d'être, est normale. Il n'existe pas de troubles trophiques.

A première vue, on est frappé de l'immobilité de la physionomie. Le front est uni, presque sans rides ; les plis naso-labiaux sont peu accusés, celui de gauche l'est moins que celui de droite, d'où une légère asymétrie faciale. Le malade peut, sans effort, fermer la bouche, souffler, montrer les dents. Il éprouve une certaine difficulté pour siffler. L'occlusion des paupières ne s'exécute que d'une façon imparfaite ; en même temps, le globe oculaire se porte en haut et en dedans pour l'œil droit, en haut et en dehors pour l'œil gauche (signe de Ch. Bell.) Le plissement du front est à peine dessiné. Dans toute l'étendue de la face, la sensibilité est normale. La mastication se fait sans difficulté. Toutefois, pour déglutir, le malade est obligé de repousser avec le doigt, dans la bouche, les aliments tombés entre l'arcade alvéolaire et la joue, par suite de la parésie de ses buccinateurs. La langue, mince, trémulante, n'est pas

déviée, elle se déplace facilement dans toutes les directions. G... raconte qu'il avait quelque peine à la mouvoir, à l'apogée de sa maladie. Le voile du palais fonctionne bien ; jamais les aliments, ni les boissons n'ont reflué par le nez. Il s'élève normalement, lors de la prononciation de la lettre *a*. La musculature du pharynx et du larynx est intacte. Les troubles de la phonation sont moins accentués qu'auparavant. C'est surtout le *p* qui est mal articulé ; il est prononcé comme un *f*. Du côté des yeux, la musculature externe est intacte, abstraction faite des orbiculaires. Il en est de même de la musculature interne : les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Le malade prétend qu'il voit moins bien depuis le début de sa névrite. Pendant son séjour à la maison Dubois, il a eu un peu de conjonctivite, sans compter de l'épiphora, qui persiste. G... ne présente pas de troubles auditifs et notamment pas d'hyperacousie. La sensibilité gustative de la langue est actuellement normale, peut-être y a-t-il un peu de retard dans la perception des saveurs. Même au plus fort de sa polynévrite, G... a toujours senti le goût des aliments. La sensibilité tactile de la langue est normale. On ne découvre pas de troubles de l'odorat. Il n'existe pas de tachycardie (P. 80); pas de tendance aux syncopes, pas de troubles pulmonaires : bref, aucun signe de parésie du nerf vague. Le malade n'a jamais présenté de troubles sphinctériens. Sa mémoire, son jugement et ses sentiments affectifs sont normaux ; ses fonctions digestives, régulières.

L'écoulement blennorrhagique, qui avait cessé à la fin du mois d'août 1900, s'est rétabli en même temps qu'apparaissaient les premiers symptômes de la polynévrite ; il persiste encore, mais il est indolent. L'état général du malade est des plus satisfaisants ; G... a les apparences d'un homme assez vigoureux. On ne lui découvre pas de stigmates de dégénération.

Un double examen des réactions électriques a eu lieu, le 21 novembre et le 3 décembre derniers : aux quatre membres, les réactions faradiques et galvaniques ont été trouvées bonnes, au double point de vue quantitatif et qualificatif. Les signes de la D. R. faisaient défaut. Au contraire, à la face, on a constaté les signes de la D. R, plus accusés à gauche qu'à droite.

* * *

En résumé, ce malade, indemne de toute tare neuropathique héréditaire, d'une bonne santé habituelle, a contracté, du même coup, la syphilis et une uréthrite blennorrhagique, à l'âge de 22 ans. Il s'est traité pour sa syphilis, pendant quatre années consécutives. Aussi, les manifestations apparentes de cette maladie se sont-elles réduites à quelques légers accidents secondaires.

En août dernier (1900), le malade, qui avait alors 30 ans, a contracté une seconde blennorrhagie ; sa période aiguë a duré environ six semaines. L'écoulement uréthral était tari depuis quatre jours, quand le malade se mit à ressentir de l'engourdissement et des fourmillements dans les extrémités inférieures. En même temps, l'écoulement blennorrhagique reparut de plus belle. Les phénomènes de paresthésie ont envahi les jambes et les cuisses, préludant à la paralysie des membres inférieurs. En l'espace de deux jours, l'impuissance motrice s'est accentuée au point que le malade, incapable de se soutenir sur ses jambes, est tombé en pleine rue. Il a eu toutes les peines du monde à réintégrer son domicile. Il a gardé le lit pendant huit jours. Dans l'intervalle, l'engourdissement et la parésie motrice avaient gagné les membres supérieurs et la face. Le malade se fit admettre à la maison Dubois, dans le service de M. Vaquez. Il ne pouvait plus remuer ses jambes dans son lit, et à plus forte raison marcher ou se tenir debout. A peine était-il en état de se redresser sur sa couche et de se maintenir assis, preuve que la parésie motrice avait envahi les muscles du tronc. Aux membres supérieurs, l'impotence fonctionnelle était un peu moindre. Là, comme aux membres inférieurs, elle se doublait d'un engourdissement, de fourmillements, et d'une hypéresthésie cutanée très vive. Le malade ne pouvait ni souffler, ni siffler, ni fermer les yeux, preuve que les deux branches de la 7me paire (*facial supérieur* et *facial inférieur*) participaient à la paralysie des extrémités et du tronc. Il ne présentait pas de troubles sphinctériens.

A l'époque où le malade est entré dans le service, il était déjà en voie d'amélioration. Celle-ci est allée en s'accentuant : avec ses membres inférieurs, le malade peut de nouveau exécuter, sans effort visible, tous les mouvements segmentaires physiologiques. Il oppose une assez bonne résistance aux mouvements provoqués. Il peut de nouveau se tenir d'aplomb sur ses jambes ; il marche sans grande difficulté et d'une façon régulière.

A gauche, le redressement du membre inférieur maintenu en extension provoque encore une légère douleur. La pression des masses musculaires du mollet est ressentie douloureusement des deux côtés. Les réflexes patellaires sont abolis ; les réflexes achilléens se produisent sans force. Une atrophie musculaire diffuse a envahi les membres inférieurs ; elle prédomine aux mollets. L'amélioration n'est pas moins tranchée aux membres supérieurs, et là elle paraît avoir été plus précoce. G... résiste assez bien aux mouvements passifs imprimés à ces membres. A l'épreuve dynamométrique, les deux mains donnent 25. Les réflexes tendineux sont très affaiblis aux poignets, aux coudes. Le malade n'éprouve plus ni douleurs spontanées, ni engourdissement dans ses membres supérieurs. Une pression tant soit peu vive, exercée au niveau des avant-bras, développe une légère douleur aux membres inférieurs, une atrophie musculaire diffuse généralisée, mais sans localisation prédominante.

Au tronc, la motilité et la sensibilité sont redevenues normales et on ne découvre ni atrophie musculaire apparente, ni autres troubles trophiques.

A la face, on voit encore, à première vue, des traces de la paralysie double de la 7me paire. N'empêche que le malade est redevenu à même de siffler, de souffler, de montrer ses dents, de fermer sa bouche. Seule, la parésie des orbiculaires des paupières est encore très prononcée. Dans toute l'étendue de la face, la sensibilité est normale. L'écoulement uréthral persiste. L'état général du malade est des plus satisfaisants. Les réactions électriques sont normales aux quatres membres ; elles présentent à la face des modifications qualitatives, plus accusées à gauche.

* * *

DIAGNOSTIC. — Messieurs, le cas de ce malade va me fournir l'occasion de revenir sur une question de diagnostic différentiel, dont je me suis déjà occupé à plusieurs reprises, dans le cours de mon enseignement à la Salpêtrière. Aussi bien, son importance pratique est de premier ordre. La question se pose en ces termes :

L'abonnement au Progrès Médical est de 12 fr. par an, pour la France et l'Etranger.

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ECHANTILLON GRATUIT

à MM. les Médecins qui en font la demande

à la

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL

22 et 24, Place Vendôme, Paris

Comment distinguer les paralysies amyotrophiques, d'origine périphérique, c'est-à-dire curables, des paralysies amyotrophiques d'origine centrale, le plus souvent réfractaires aux ressources de la thérapeutique, et qui vouent les malades à un état d'infirmité et d'impotence irrémédiables, lorsqu'elles ne comportent pas un dénouement fatal à bref échéance ?

En outre, il soulève un très intéressant problème d'étiologie, qui ne manque pas d'une certaine portée pratique, je veux parler de l'origine vraisemblablement infectieuse, blennorrhagique, des accidents présentés par l'homme que je viens d'examiner devant vous.

Procédons avec ordre ; occupons-nous d'abord du premier point, du diagnostic anatomique. Je pense vous convaincre facilement que deux hypothèses seulement sont à envisager : celle d'une *polynévrite* (à forme de poliomyélite antérieure), et celle d'une *poliomyélite* :

Effectivement, le tableau morbide réalisé par le malade comprend, comme élément principal, une *paralysie amyotrophique, à marche rapide* et *progressivement extensive*. Elle a passé par deux phases : d'abord la paralysie motrice existait seule : plus tard, et en même temps que la paralysie motrice était en voie de rétrocession, l'atrophie musculaire, atrophie diffuse, entrait en scène, pour occuper une place de plus en plus prépondérante. Eh bien ! je dis que cette paralysie amyotrophique ne peut être mise ni sur le compte de l'hystérie, ni sur le compte d'une affection de l'encéphale. L'hystérie n'est pas en cause. Aussi bien, les paralysies hystériques s'établissent avec une soudaineté remarquable ; d'emblée, elles occupent toute l'étendue qu'elles doivent embrasser ; elles ne suivent jamais cette marche progressivement envahissante que nous avons relevée chez notre malade. C'est chose exceptionnelle de les voir se doubler d'une atrophie tant soit peu considérable des muscles paralysés. Jamais, elles ne s'accompagnent des signes de la R. D., jamais non plus d'une abolition des réflexes tendineux. Au contraire, on observe comme épiphénomène habituel de ces paralysies une anesthésie qui est segmentaire comme la paralysie elle-même, ou à disposition hémianesthésique, avec participation des organes des sens. Les malades n'en ont pas conscience et elle n'entraîne pas la suppression de certains réflexes qui ont leur point de départ dans une impression douloureuse, parce que son siège est central, cortical. Vous voyez que le cas de notre malade diffère foncièrement de ce qu'on observe dans les cas de paralysies hystériques. Sans compter que G... n'est pas un *nerveux*, il n'est entaché d'aucune prédisposition neuropathique, il ne présente pas non plus le moindre stigmate de la grande névrose.

*
* *

La paralysie amyotrophique, dans le cas actuel, ne saurait non plus être mise sur le compte d'une affection de l'encéphale. N'allez pas m'objecter qu'elle s'accompagne d'une paralysie double de la 7me paire. En effet, deux circonstances sont à relever, qui démontrent l'origine périphérique de cette diplégie faciale : c'est d'abord la participation considérable du facial supérieur à la paralysie, puis, la constatation des signes de la R. D. Pour pouvoir rendre compte d'une diplégie faciale qui réalise ce double caractère, une lésion doit être située, soit au niveau des noyaux d'origine de la 7me paire, soit plus en aval, sur le trajet des fibres radiculaires, ou dans les troncs nerveux et dans leurs ramifications. Du reste, la paralysie des membres et du tronc, en raison de sa marche progressivement extensive d'abord, ensuite en raison de sa distribution, de la précocité, de l'étendue et de l'importance de l'atrophie musculaire, ne trouverait guère à s'expliquer dans l'hypothèse d'une lésion des hémisphères cérébraux. Il nous faut donc chercher son origine plus bas, dans la moelle ou dans les nerfs périphériques. Le problème de diagnostic différentiel, soulevé par le cas de notre malade, se réduit donc bien aux termes dans lesquels je le posais à l'instant :

Poliomyélite ou *polynévrite* ? telle est la question qu'il nous reste à trancher.

*
* *

En fait de poliomyélite, de myélite limitée à la substance grise de la moelle, nous avons d'abord à prendre en considération la myélite aiguë centrale. Cette forme de myélite aiguë s'accompagne de fièvre, de douleurs rachialgiques, d'une paralysie des sphincters, d'ulcérations de décubitus, toutes manifestations qui ont fait défaut chez notre malade. La terminaison fatale est de règle, surtout quand la myélite remonte jusqu'au prolongement bulbo-protubérantiel du neurone, et chez notre malade il y aurait lieu de supposer qu'il en est ainsi, en raison de sa diplégie faciale. Enfin, la paralysie motrice ne suit pas non plus la marche régressive que nous constatons dans le cas présent.

Une autre forme de *poliomyélite aiguë* est qualifiée d'*antérieure*, parce qu'elle se cantonne dans les colonnes antérieures de la moelle. Elle représente, chez l'adulte, l'équivalent de la paralysie spinale infantile ; aussi la désigne-t-on couramment sous le nom de *paralysie spinale aiguë de l'adulte*. Je me représente difficilement qu'elle soit en cause chez notre malade. Aussi bien, dans les cas de paralysie spinale aiguë, le début rappelle toujours plus ou moins le mode d'invasion des maladies infectieuses aiguës : il y a aussi des douleurs dans les lombes et dans les membres. Au bout de quelques heures, au bout d'un jour, au plus tard, la paralysie fait son entrée en scène. D'emblée, elle s'installe dans toute l'étendue qu'elle doit occuper. Elle ne s'établit point par étapes, elle ne suit pas cette marche extenso-progressive et centripète, que nous avons relevée chez notre malade. D'une façon générale, elle est plus prononcée vers la racine des membres qu'aux extrémités. Le plus souvent, elle n'affecte aucune distribution régulière : tantôt elle se présente sous la forme d'une paralysie ou d'une hémiplégie ; ou bien elle frappe un grand nombre de groupes musculaires, en différentes régions du corps. Jamais elle ne se généralise. Au bout de huit à quinze jours, elle opère un mouvement de retraite partiel. Dans les régions où elle va persister, mais dans celles-là seulement, une atrophie musculaire, qui est à la fois massive et irréparable, fait son apparition. Tout cela est précisément l'inverse de ce qui s'est passé chez notre malade.

En outre, dans la poliomyélite antérieure aiguë, les troubles sensitifs se réduisent à quelques phénomènes de paresthésie, à quelques douleurs, dans la région des reins et dans les membres, dont il ne reste plus de traces, passé la période de début. Jamais on n'observe cette hyperesthésie cutanée, ces douleurs à la pression des masses musculaires et des troncs nerveux, et cette souffrance aiguë, provoquée par l'élongation des nerfs sciatiques, que nous avons constatées ou que nous constatons encore, en partie, chez notre malade. Enfin, la propagation de la poliomyélite antérieure aiguë aux noyaux gris bulbo-protubérantiels est le prélude à peu

*

près certain d'une mort prochaine. Or, notre malade présente encore des traces très nettes de sa diplégie faciale, et il est en bonne voie de guérison.

*
* *

Messieurs, je viens d'insister sur l'opposition qui éclate entre la marche de la paralysie, dans les cas de poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte, et la marche de la paraplégie chez notre malade. Chez lui, elle a été de tous points semblable à ce qu'elle est dans les cas décrits sous le nom de *paralysie ascendante aiguë de Landry* : elle a été *extenso-progressive*.

Conformément à la description même de Landry, la paralysie s'est propagée rapidement des membres inférieurs au tronc et aux membres supérieurs, et elle a manifesté une tendance à la généralisation. Les premiers phénomènes morbides se sont montrés aux extrémités des membres, pour, de là, gagner leur racine. Enfin, dans son mouvement de retraite, la paralysie a observé l'ordre inverse. Aurions-nous donc affaire à un cas de paralysie ascendante aiguë de Landry ?

Messieurs, en publiant les faits qui ont donné prétexte à cette dénomination, Landry a eu bien soin de prévenir qu'il n'entendait pas en faire une entité morbide nouvelle. Je crois avoir démontré, pour ma part, l'exactitude de cette manière de voir. Je crois avoir démontré que les termes *de paralysie ascendante aiguë s'appliquent à un mode d'évolution de la cellulo-névrite qui a pour siège le protoneurone moteur*. Je crois avoir montré qu'à leur début, la polynévrite motrice et la poliomyélite antérieure aiguës peuvent, l'une et l'autre, évoluer, sous les traits de la paralysie ascendante aiguë de Landry et que, sur le terrain purement doctrinal, il est impossible d'établir une ligne de démarcation infranchissable entre la polynévrite et la poliomyélite, le même organe étant lésé dans ces deux affections. N'empêche que, pour le clinicien, il y a un intérêt pratique de premier ordre à distinguer les cas où, d'emblée, les cellules motrices de la moelle — les corps cellulaires des protoneurones moteurs — sont envahis par des lésions grossières, en partie irréparables, où, par conséquent, le diagnostic anatomique sera celui de poliomyélite antérieure aiguë, des cas où de semblables lésions intéressent exclusivement les nerfs périphériques, où, par conséquent, le diagnostic anatomique est celui de polynévrite. J'ai dit et je répète que l'intérêt pratique de cette distinction réside dans la différence des pronostics que comportent ces deux catégories de cas : la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte, maladie souvent mortelle, laisse toujours à sa suite des traces irréparables ; la polynévrite est curable, radicalement curable. J'ai dit et je répète que pour être basé sur une simple appréciation de nuances, le diagnostic différentiel de la polynévrite et de la poliomyélite antérieure n'en est pas moins faisable dans beaucoup de cas. Je vais vous en fournir la preuve, à propos du cas de notre malade.

*
* *

Et d'abord, je n'hésite pas à déclarer que chez lui, la polynévrite est en cause. Voici les arguments à l'aide desquels je crois pouvoir justifier cette assertion :

Je vous ferai remarquer premièrement que, chez G. . ., la marche de la paralysie a été ce qu'elle est dans les cas de polynévrite de la forme motrice et amyotrophique. Les pieds et les jambes se sont pris en premier lieu ; puis la paralysie a gagné la racine des cuisses. Elle a envahi les membres supérieurs, et là aussi, sa propagation s'est faite dans une direction centripète, des extrémités vers la racine des membres. Elle a gagné le tronc ; elle a gagné les muscles de la face. Cela se voit couramment dans des cas de polynévrite ; je ne sache pas que cela se soit jamais vu dans un cas de poliomyélite antérieure aiguë. Une fois que la paralysie se fut presque généralisée, au point de rendre impossible la marche, la station debout, le redressement du tronc, elle a opéré son mouvement de retraite et elle l'a fait en sens inverse de celui dans lequel elle s'était établie. Conjointement, l'atrophie musculaire a fait son entrée en scène, atrophie *diffuse partout, nulle part massive*.

Cette atrophie musculaire coexiste avec une intégrité relative des réactions électriques, aux membres. Actuellement, on ne constate des modifications bien nettes, qualitatives et quantitatives, que dans le domaine d'innervation de la 7eme paire. Eh bien ! voilà qui ne se voit jamais dans un cas de poliomyélite antérieure aiguë, et voilà qui se concilie avec l'hypothèse d'une polynévrite.

En troisième lieu, je vous ferai remarquer que les troubles sensitifs occupent une place assez importante dans le tableau clinique réalisé par notre malade ; de plus, ils sont polymorphes. G... a présenté des phénomènes de paresthésie, de l'hypoesthésie superficielle dans certaines régions du corps, une hyperesthésie cutanée des plus vives, des douleurs spontanées des troncs nerveux, le signe de Lasègue. Ces deux derniers phénomènes ont été considérés comme pathognomoniques de la polynévrite ; il en est de même *de ce mélange de phénomènes d'hyperesthésie et d'anesthésie*, que nous avons relevé chez notre malade.

Enfin, je vous ai dit et je vous répète que, dans un cas de poliomyélite antérieure aiguë, une généralisation de la paralysie et de l'atrophie musculaire, comme celle que nous avons pu constater chez notre malade, et l'extension de la poliomyélite aux noyaux bulbo-protubérantiels, attestée par une diplégie faciale, seraient choses extrêmement graves. Nul doute que le malade, s'il avait été atteint d'une poliomyélite antérieure, n'eût déjà succombé. Or G... est visiblement en voie de guérison. A mes yeux, il n'y a donc pas d'hésitation possible ; c'est bien d'une polynévrite que le malade est atteint, et d'une polynévrite qui, à quelques détails près, a évolué sous les traits de la paralysie ascendante aiguë.

*
* *

Pronostic. — *Ipso facto*, vous êtes fixés sur le pronostic du cas. G... est en voie de rétablissement. Nous pouvons compter sur une guérison rapide et complète ; nous favoriserons et nous l'accélérerons, en instituant le traitement dont je vous dirai quelques mots tout à l'heure. Avant cela, je désire régler la question d'étiologie. Quelle peut bien être la cause de cette polynévrite dont G... porte encore les traces et qui a évolué sous les dehors d'une paralysie amyotrophique presque généralisée ?

*
* *

Étiologie. — L'étiologie de la polynévrite, je ne me lasserai de vous le répéter, se résume dans ces trois termes : *intoxications*, *auto-intoxications*, *infections*, intervenant comme causes occasionnelles et s'exerçant sur un terrain prédisposé. En principe, toutes les intoxications me paraissent susceptibles de développer une polynévrite, chez un sujet entaché d'une prédisposition aux névropathies, héréditaires ou acquises ; l'alcoolisme est

celle que nous voyons intervenir avec la plus grande fréquence. Je vous citerai ensuite les intoxications chroniques par le plomb, par l'arsenic, par le mercure, par le sulfure de carbone, etc. En fait d'auto-intoxications susceptibles de provoquer une polynévrite, nous connaissons surtout le diabète.

En fait d'infections qui nous sont connues comme étant aptes à engendrer une polynévrite, je vous citerai la tuberculose, la fièvre typhoïde, la lèpre, le paludisme, sans compter une maladie très répandue en Extrême-Orient; on la nomme *kak-ké*. Ce ne serait autre qu'une polynévrite développée sous l'influence d'un germe analogue à celui qui engendre le paludisme. La syphilis ne paraît jouer qu'un rôle très secondaire, dans le développement de la polynévrite. L'intervention possible de l'infection blennorrhagique n'est plus contestée et elle serait relativement fréquente ; tout à l'heure, je vous ai cité les faits et les documents sur lesquels est fondée cette opinion. Eh bien ! je dis que notre malade est très vraisemblablement atteint d'une polynévrite d'origine blennorrhagique. Rappelez-vous que l'invasion de sa paralysie a coïncidé avec la suppression momentanée de l'écoulement blennorrhagique dont il était atteint. Selon toute vraisemblance, il y a eu, à ce moment-là, résorption de pus blennorrhagique, ou résorption de toxines dans les profondeurs de l'urèthre. Ces deux explications ont été proposées pour rendre compte du développement d'une polynévrite dans le cours d'une blennorrhagie uréthrale : suivant les uns, la polynévrite reconnaîtrait pour cause l'immigration du gonocoque, du germe de l'infection blennorrhagique, dans les gaines des nerfs affectés. Les choses se passeraient donc, dans les cas de polynévrite blennorrhagique, comme dans les cas de polynévrite lépreuse ; vous savez, sans doute, que, chez des lépreux, on a réussi à démontrer la présence du bacille de Hansen dans des troncs nerveux envahis par les altérations polynévritiques.

Pour la polynévrite blennorrhagique, pareille preuve est encore à faire, mais du moment que le gonocoque se trouve en suspension dans le liquide intra-articulaire des foyers d'arthrite blennorrhagique, je ne vois pas pourquoi on ne le retrouverait pas également dans les foyers de polynévrite blennorrhagique, à moins que la faible vitalité du microbe et sa disparition rapide ne s'y opposent.

L'autre explication consiste à mettre la polynévrite blennorrhagique sur le compte des toxines qui se forment au sein des tissus envahis par l'infection blennorrhagique. Déjà au Congrès de Moscou, en 1898, certaines communications avaient établi la réalité de cette action des toxines sur le système nerveux central et sur le système nerveux périphérique. Récemment, Molchenoff (*Archives russes de Pathologie*, 1899, T. VIII), a fait connaître le résultat d'une série de recherches expérimentales sur des souris, des cobayes, des lapins. Celles-ci démontrent l'action considérable de la toxine gonococcique sur le système nerveux, central et périphérique.

Traitement. — Ces considérations étiologiques vous laissent deviner que le traitement de la polynévrite comporte des indications à la fois causales et prophylactiques : il faut supprimer, dans la limite du possible, les intoxications, les auto-intoxications, les infections qui, dans un cas donné, interviennent, d'une façon évidente ou vraisemblable, comme cause occasionnelle des altérations des nerfs périphériques. Chez notre malade, l'indication causale se présentait en termes très nets, et elle était relativement facile à remplir : il s'agissait de tarir la source de l'infection, l'écoulement uréthral. Nous n'avons pas manqué de la remplir. Une seconde indication complète en quelque sorte la première : elle se rapporte à la nécessité de hâter l'élimination du principe pathogène qui a engendré la polynévrite. Il faut favoriser cette élimination, mais à l'aide de moyens inoffensifs : régime lacté, boissons abondantes, bains chauds, dès que l'atténuation de l'hyperesthésie cutanée et de l'hyperalgésie musculaire le permet.

Il y a ensuite des indications symptomatiques à remplir ; faute de temps, je ne puis que vous indiquer les principales. Il faut combattre la douleur, et pour cela vous prescrirez, alternativement, des injections de morphine, de l'antipyrine, du salicylate de soude, du salophène, et du bleu de méthylène, à l'intérieur. Pour répondre à cette même indication, on a vanté les injections sous-cutanées d'acide phénique, les enveloppements de Priessnitz. Il faut combattre l'insomnie, en variant l'emploi des hypnotiques : morphine, chloral, trional, chloralose, bromure de potassium, paraldéhyde (chez les alcooliques). Contre les accidents qui traduisent une paralysie cardio-vasculaire, vous aurez recours aux injections d'éther, de caféine, de strychnine et à l'alimentation par voie de gavage, quand la déglutition est très gênée.

Enfin, sitôt que la convalescence se dessinera, il y aura lieu d'instituer un traitement curatif ; son but est d'activer la restauration anatomique et fonctionnelle des muscles et des nerfs altérés. Ses moyens se résument dans une alimentation réconfortante, d'une digestion et d'une assimilation faciles, dans l'emploi des excitants locaux et généraux, injections de strychnine, électrisation, frictions, massage, et dans la rééducation des muscles. Laissez-moi vous rappeler que dans deux précédentes leçons, je me suis longuement étendu sur l'emploi des principales ressources thérapeutiques que vous aurez à mettre en œuvre pour atteindre le but en question (1).

La polynévrite peut laisser comme traces des rétractions tendineuses ; elles sont, dans une certaine mesure, justiciables des ressources de l'orthopédie.

Le Monument du Centenaire de l'Internat

On sait qu'on doit célébrer, au printemps prochain, le centenaire de l'Internat. Un monument commémoratif, dont l'exécution a été confiée au maître Denys Puech, sera élevé à cette occasion dans la cour intérieure de l'Hôtel-Dieu. Il se composera d'un bas-relief en marbre représentant l'opération de la trachéotomie : c'est, en effet, avant la découverte du docteur Roux, en tentant d'arracher à la mort les enfants atteints du croup, qu'ont succombé la plupart des internes en médecine. Les noms des internes victimes du devoir seront gravés au-dessous du motif sculptural.

Le comité organisateur des fêtes du centenaire est présidé par le professeur Brouardel et M. Durand-Fardel. Une médaille sera, en outre, frappée en l'honneur de l'Internat : le graveur Bottée, chargé d'en exécuter le modèle, a l'intention de représenter la Ville de Paris amenant un malade à l'Assistance publique (*Le Matin*).

(1) P. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. *Deuxième Série*, Leçons XVII et XVIII.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Responsabilité médicale.

A propos d'un procès célèbre où la responsabilité médicale était discutée, le Procureur général Dupin affirmait à la Cour de cassation que l'examen des procédés thérapeutiques employés pour le traitement d'un malade, les indications de telle ou telle opération ne peuvent être discutés par les tribunaux et ne peuvent constituer des cas de responsabilité civile. « Assurément, disait Dupin, il serait injuste et absurde de prétendre qu'un médecin ou un chirurgien réponde indéfiniment des résultats qu'on voudrait attribuer à l'ignorance ou à l'impéritie. « Mais, réciproquement, il serait injuste et dangereux pour la société de proclamer comme un principe absolu qu'en aucun cas ils ne sont responsables dans l'exercice de leur art. » M. Brouardel, dans la préface de ses leçons sur la responsabilité médicale (1), affirme que la thèse de Dupin constitue un terrain de défense excellent pour le corps médical, qu'elle assure le libre développement du progrès scientifique, il avoue que « depuis quelques années, les tribunaux ont tendance à s'écarter de cette ligne de conduite, à déterminer les conditions dans lesquelles aurait dû se faire, soit un diagnostic, soit une intervention chirurgicale ». Cette tendance que M. Brouardel signalait, il y a quelques années, continue à s'affirmer de plus en plus ; de nouveaux procès, cette année même, donnent à cette question un regain d'actualité et nous croyons qu'il est temps de jeter un cri d'alarme et de ne pas laisser sans résistance adopter une jurisprudence capable de paralyser l'énergie du chirurgien le plus sûr de lui, et de rendre le malade victime de la crainte exagérée que le médecin finira par se faire d'une responsabilité plus étendue de jour en jour.

Dans un des procès auquel nous faisons allusion, il s'agissait d'un accident de radiographie ; le médecin était rendu responsable, et le jugement, dans ses considérants, ne craignait pas d'assimiler le traitement radiographique à une sorte d'industrie mal définie qu'exploiterait le médecin radiographe. Le procès est en appel ; mais est-il nécessaire de faire voir tout le danger de pareille assimilation, de montrer quels embarras elle peut créer aux praticiens qui dirigent des instituts d'électrothérapie, de massothérapie, d'orthopédie, de mécanothérapie, d'hydrothérapie, etc. Ces branches de l'art de guérir si fécondes en résultats, tomberaient entre les mains des pires empiriques pour qui l'honorabilité n'est qu'un mot et les procès qu'un accident au cours de la vie. En dernière analyse, quelle serait la véritable victime, si ce n'est le malade. Est-ce là le but que poursuit un tribunal dont le devoir est de protéger la société.

Un second procès de responsabilité médicale est celui de ce médecin dentiste des Quinze-Vingts rendu responsable d'une erreur pharmaceutique qu'il ne pouvait ni prévoir, ni rectifier. Si l'on en croit le libellé du jugement, avant d'injecter le contenu d'un flacon, venant de la pharmacie des Quinze-Vingts et portant sur l'étiquette : solution de chlorhydrate de cocaïne, il aurait dû l'analyser (?!) ou aller lui-même assister au remplissage du flacon. Si cette jurisprudence était adoptée, il n'y aurait plus possibilité d'appliquer la méthode hypodermique, et qui encore, sinon le malade, souffrirait de cette restriction du champ de la thérapeutique ?

Un troisième procès, qui n'est pas encore jugé, concerne la chirurgie, mais il est encore plus typique. Voici les faits brièvement résumés :

En septembre 1899, le fils d'un ingénieur, en jouant au domicile de son père se fracturait la jambe. Les médecins et les chirurgiens ne manquaient pas à Paris, mais M. l'Ingénieur, maître ès sciences économiques, savait que les hôpitaux de Paris, bien que destinés aux pauvres et aux nécessiteux, s'ouvrent facilement aux gens aisés, il n'eut pas le scrupule de songer qu'il détournait un lit de sa destination et privait par le fait un malheureux de soins que son fils pouvait se procurer ailleurs ; il fit transporter le blessé à l'hôpital. L'interne de service réduisit la fracture et appliqua un appareil. Le lendemain, le chef de service ne fut pas satisfait, dit-on, de la réduction, ni de l'appareil. Il fit quelques observations à l'interne et le chargea de rectifier la réduction et d'appliquer un second appareil. Le blessé mit cinquante-sept jours à se remettre et ce jeune bourgeois durant une bonne moitié de l'hiver, immobilisa, sans doute, un bon lit, tandis que dans les salles encombrées les misérables grelottaient sur d'insuffisants brancards. Il sortit avec une ankylose incomplète. Peu satisfait, l'ingénieur réclame en justice une indemnité au médecin et à l'Assistance Publique. Le résultat du procès ne nous paraît pas douteux, vu que la loi sur l'exercice de la médecine confère à l'interne le droit d'exercer dans l'intérieur de l'hôpital et que l'ingénieur est en pareil cas mal venu de discuter sa compétence ; d'autre part la responsabilité de l'Assistance n'existe pas en pareille espèce, mille fois les tribunaux se sont prononcés à cet égard. Mais le fait de voir un homme instruit, bien conseillé, se faire une pareille idée de la responsabilité d'un chirurgien est un symptôme inquiétant, et il est bon de rappeler la thèse de Dupin et de rendre le médecin responsable de ses fautes personnelles et non des imperfections de son art.

J. NOIR.

(1) P. BROUARDEL. La Responsabilité médicale. (J.-B. Baillière, édit. 1898).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret en date du 17 juillet 1901, ont été promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur : (au titre du Ministère de la Guerre). *Au grade d'officier* : M. Marchant, chirurgien chef de service à l'hôpital Boucicaut à Paris ; nombreux cours et conférences faits depuis 1883 à l'Union des femmes de France.

Au grade de chevalier. M. Dousson, docteur médecin à Largentière (Ardèche) : soins gratuits donnés depuis 51 ans aux militaires de la gendarmerie de cette ville.

Par décret rendu sur le rapport du ministre de la marine, sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur, au titre expédition de Chine : Au grade d'officier : le médecin principal Mercie. Au grade de chevalier : les médecins de 1re classe Lafaurie, Forgeot et Bouras.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 juillet 1901.

Sur les sucres du sang.

MM. Lépine et Boulud ont fait exclusivement leurs recherches avec de fortes quantités de sang de chiens nourris de viande. Dans l'extrait alcoolique de ce sang préalablement bouilli avec du sulfate de soude, les auteurs ont confirmé la réalité de l'écart — signalé par M. Hédon pour le sang du cheval — entre le chiffre du sucre (évalué comme glucose) donné par le polarimètre, et le chiffre que fournit la réduction de la liqueur cuivrique. Ils ont vu que cet écart est, en général, plus grand dans le sang des veines sus-hépatiques que dans le sang artériel. Souvent même, le sang de ces veines a un pouvoir rotatoire à gauche, fait assez rare en ce qui concerne le sang artériel. Sans contester la possibilité de la présence, admise par M. Hanriot, d'une *impureté* à pouvoir réducteur plus élevé que celui du glucose, les auteurs affirment que l'écart susdit est, en très grande partie, attribuable à l'existence, dans le sang, à côté du glucose, non seulement d'acide glycuronique *conjugué* lévogyre, mais surtout d'un ou plusieurs sucres également lévogyres. En outre, ils ont pu souvent caractériser des pentoses. Dans quelques cas, d'ailleurs très rares, la maltose (non l'isomaltose), signalée autrefois par Couvreur dans le sang du lapin, a été décelée, non seulement grâce aux modifications des pouvoirs rotatoire et réducteur, mais aussi au moyen des cristaux de maltosazone, solubles dans l'éther. Enfin, les auteurs appellent l'attention sur l'existence, dans leurs extraits du sang de chien soumis *au régime de la viande*, d'un sucre qui serait analogue au saccharose, n'ayant pas de pouvoir réducteur, déviant à droite et fermentescible. Il a paru que la plupart des matières sucrées sus-indiquées se transforment très facilement dans le sang, les unes dans les autres.

Anémies et modifications humorales de la grossesse.

MM. Charrin et Guillemonat ont déjà montré que le fer de la rate diminue aux approches du terme (0,72 au lieu de 0,96), phénomène qui concourt heureusement à enrichir les tissus fœtaux en principes ferrugineux, lesquels sont rares dans le lait. En second lieu, l'examen du sang montre que le taux du fer tend à fléchir sous la seule influence de la grossesse. Si, chez la femme normale, la proportion de ce métal est de 0.45, chez des gestantes, elle s'abaisse à 0.38 ou 0,34 et, chez des anémiques gravidiques, à 0.32, voire même à 0.25 et 0.17. Du reste, on constate d'autres altérations sanguines. L'alcalinité passe de la normale (de 1.20 à 2) à 1.05, à 0.70, pour descendre jusqu'à 0.93 ou 0.53 chez des femmes anémiées par la gestation ou chez des convalescentes de *phlegmatia*. Le taux de la chaux est souvent supérieur à la normale ; celui de la magnésie, au contraire, devient plus faible : la coagulation *in vitro* s'opère en moyenne plus rapidement. Parallèlement, l'acidité urinaire s'élève de 1.20 ou 1.45, à 1.57 ou 1.95, tandis que la salive devient moins alcaline. En somme, si les globules n'offrent aucun changement important, ni constant, les éléments solubles présentent de nombreuses modifications qui ont entre elles un lien commun, la tare cellulaire génératrice. D'un côté, en effet, céder trop de fer constitue un vice de désassimilation : d'autre part, à diverses reprises, les auteurs ont indiqué qu'il survient, comme conséquence de la grossesse, un ralentissement dans les échanges, aboutissant forcément à l'accroissement des acides des plasmas par suite de la dissolution de certains sels du squelette susceptibles de se précipiter ailleurs (dépôts calcaires du placenta, du crâne) : ces changements dérivent donc tous d'une tare cellulaire variable suivant les cas, cette désassimilation et ces échanges étant ce que les font les cellules. Est-il besoin de rappeler que ces modifications du sang et de la salive favorisent, surtout par excès de chaux, les thromboses veineuses et les lésions buccales si communes vers la fin de la grossesse, de même que la diminution de l'alcalinité entraîne la disparition de l'état bactéricide ? Ainsi fléchissent et les défenses locales et les défenses générales de l'organisme à l'heure de la gestation, sous l'influence de changements de la composition des humeurs, œuvres de la pathologie cellulaire.

Sur la non-absorption de l'hydrogène sulfuré par la peau et les muqueuses externes.

M. A. Chauveau rend compte d'expériences qu'il a faites avec M. Tissot, concernant l'emploi, dans une atmosphère contaminée par de l'acide sulfurique, de l'appareil qu'il a récemment présenté à l'Académie. Deux chiens de même taille et de même poids furent placés dans une caisse respiratoire de 350 litres, renfermant environ 8 % d'hydrogène sulfuré ; l'un de ces animaux respirait l'atmosphère ambiante tandis que l'autre, par l'intermédiaire de l'appareil inhalateur, était mis en communication avec l'air extérieur ; le premier ne survécut que quelques secondes ; le second, au bout d'une heure, ne paraissait nullement incommodé. Il résulte de ces faits que l'acide sulfurique n'est pas absorbé par le tégument, ni par les muqueuses extérieures.

Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur la toxicité urinaire.

MM. Denoyès, Martre et Rouvière complétant leurs recherches récentes, relativement à l'action des courants de d'Arsonval sur la sécrétion urinaire, ont étudié l'influence des mêmes courants sur la toxicité des urines. Ils ont observé qu'il se produit, dans les périodes de traitement, une augmentation de la quantité de substance toxique éliminée dans les vingt-quatre heures par kilogramme de poids ; en outre, le nombre de molécules élaborées nécessaires pour tuer un kilogramme d'animal diminue. Les modifications, plus ou moins accentuées suivant les individus, persistent, mais atténuées, un certain temps encore après la fin de l'expérience. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 juillet 1901. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

Anémie post-hémorrhagique.

MM. Ramond et Hulot. — L'anémie post-hémorrhagique varie avec la nature de l'hémorrhagie. Elle est plus intense et le sang reste dans l'organisme, au lieu de s'écouler au dehors. Le sang épanché donne sans doute lieu à une petite quantité d'hémolysine. Cette hémolysine est d'activité peu considérable, mais peut être mise en évidence chez les animaux en expérience, quoique ceux-ci soient de même espèce, et non d'espèces différentes.

Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la leucémie.

M. Terrier a étudié le sang d'un sujet atteint de leucémie à un degré élevé : le sang contenait 480.000 globules blancs pour 1.674.000 globules rouges. Le liquide céphalo-rachidien ne contenait aucun élément figuré. L'élément leucocytaire dans le liquide céphalo-rachidien est indépendant des causes générales et se rapporte bien à une lésion ou irritation locales.

Injections épidurales de cocaïne dans les crises vésicales du tabes.

M. Bergouignan a employé, dans un cas de crises vésicales du tabes, des injections épidurales de cocaïne. Ces crises vésicales duraient sans interruption depuis 3 ans s'accompagnant de dysurie et d'oligurie. A 3 jours de distance, les injections de cocaïne (2 cent. cubes de solution à 2 %) donnent la cessation de la douleur, dix minutes après la première injection, qui réapparut quelques minutes le lendemain, pour cesser complètement après la deuxième, et le mieux se maintient depuis dix jours. L'émisssion des urines est de-

venue facile et la diurèse abondante : les injections ont été suivies d'un vomissement.

Coefficient mental et réaction auditive.

MM. VASCHIDE et VURPAS ont étudié la longueur du temps de réaction auditive simple en rapport avec le coefficient mental de certains sujets.

Actinomycose.

M. PONCET (de Lyon) expose l'histoire de l'actinomycose, maladie plus fréquente qu'on ne croit et qui est souvent confondue avec la syphilis ou la tuberculose. Elle peut atteindre la face, la bouche, le cæcum, l'anus ; à marche progressive et insidieuse, elle creuse profondément avec fistules purulentes. A la face, le trismus est caractéristique.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet.

Angine éroso-membraneuse

Le Dr C. J. KŒNIG, de Paris, communique un cas curieux d'angine non encore décrite et qu'il nomme : *angine éroso-membraneuse*. L'affection est torpide et envahissante, l'envahissement se faisant vers la bouche sous la forme d'une ulcération très superficielle avec production de fausses membranes. Chose intéressante, le malade ne souffre presque pas et son état général reste bon. L'étude microbiologique démontre, parmi plusieurs variétés de microbes, la présence d'un bacille encore non décrit et d'une levure. Le bacille est remarquable par son polymorphisme, il est immobile, se colore par le Gram, se cultive sur agar, sur bouillon et sur gélatine, qu'il ne liquéfie pas, mais ne se cultive pas sur sérum. Ces caractères le différencient du coli-bacille, qui est mobile et ne se colore pas par le Gram, des bacilles diphtérique et pseudo-diphtérique qui poussent sur sérum, du bacillus subtilis, du bactérium termo et du bacillus mesentericus vulgatus, qui sont mobiles et qui liquéfient la gélatine.

Séance du 23 juillet.

Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire.

M. Antonin PONCET montre que la tuberculose peut donner lieu à des manifestations articulaires très différentes les unes des autres et très variables, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue clinique. « Elle peut revêtir, dit-il, une allure telle, que la confusion persiste avec les lésions dites rhumatismales, si l'on ne songe pas à la relation de cause à effet entre elles et l'infection bacillaire. Cette relation s'est imposée à notre observation et nous avons cherché à établir qu'il existe un rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire au même titre que d'autres pseudo-rhumatismes infectieux devenus depuis longtemps déjà classiques : rhumatisme de la blennorragie, de l'état puerpéral, de la scarlatine, etc., etc.

Il nous a été donné, en effet, maintes fois, de rencontrer chez des tuberculeux des accidents articulaires allant depuis la simple arthralgie, fugace, intermittente, bien décrite par Weill, jusqu'à l'arthrite noueuse déformante en passant par toutes les étapes intermédiaires : arthrite aiguë, subaiguë, arthrite sèche, séreuse, riziforme, etc., et dans une intéressante étude sur le rhumatisme tuberculeux MM. Bérard et Mailland ont apporté à l'appui de cette manière de voir des observations concluantes.

Nous sommes loin de l'époque, cependant encore rapprochée, où, avec Bonnet, Nélaton, etc., la granulation miliaire, mais surtout la fongosité, l'abcès froid avec son pus, parfois d'aspect assez particulier, étaient considérés comme les éléments indispensables, caractéristiques de lésions spéciales : carie osseuse, tumeur blanche, qui devaient plus tard être reconnues comme appartenant à une seule cause et à une seule maladie : la tuberculose.

On sait l'évolution profonde des idées depuis les grandes découvertes de ces trente dernières années sur la nature des altérations tuberculeuses, leur surbacille pathogène et sur les caractères des lésions qu'il engendre. Il n'en est pas moins vrai que, tout en reconnaissant la nature éminemment infectieuse de cette maladie, on a continué généralement, malgré les belles recherches de König, d'Ollier, de Lannelongue, de Socin, de M. Polosson, etc., à ne l'envisager dans les articulations que dans ses formes graves.

Par un défaut d'assimilation avec d'autres maladies infectieuses, on l'a tenue en dehors de cette loi de pathologie générale, formulée par le professeur Bouchard, dès 1883, dans la thèse de Bourcy : *Rhumatisme infectieux* (Thèse de Paris, 1883), à savoir *que toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires distinctes du vrai rhumatisme avec lequel elles se confondent cliniquement et relevant de l'infection générale de l'économie, que cette infection soit la maladie première ou une infection surajoutée.*

Nulle part, l'idée d'un rhumatisme tuberculeux n'avait été nettement formulée, et peut-être faut il chercher la cause de cet ostracisme vis-à-vis des tuberculoses articulaires atténuées, présentant, encore une fois, la symptomatologie des manifestations rhumatismales, dans cette opinion régnante encore, et fondée par certains côtés, qu'il existe un antagonisme entre la tuberculose et le rhumatisme.

Cette question de mots : « incompatibilité de la diathèse rhumatismale et de la diathèse tuberculeuse », pour me servir d'un langage déjà lointain, a dû nuire à la conception du rhumatisme tuberculeux.

J'ai, dans ces derniers mois, observé à ma clinique divers malades chez lesquels le diagnostic de rhumatisme tuberculeux ne laissait pas de doute. L'histoire de trois d'entre eux est topique, et je suis persuadé que l'attention étant appelée sur le pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire, il sera facile de rencontrer des faits de même ordre.

Voici une première observation, dans laquelle un homme de quarante-quatre ans, exerçant la profession pénible de manœuvre, sans antécédents héréditaires ni personnels, présente, à l'âge de 40 ans, une épididymite chronique suppurée dont témoigne une cicatrice en cul de poule adhérente au testicule.

Un an après, il y a trois ans, bronchite et pleurésie gauche. L'année dernière, au mois d'août, apparition, du jour au lendemain, de douleurs articulaires avec gonflement, diagnostiquées : rhumatisme articulaire aigu. Ces accidents inflammatoires disparaissent huit à dix jours après, pour se localiser à la région lombaire et à la hanche droite. Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1er avril dernier, on constate une coxo-tuberculose à forme plastique et un mal de Pott lombaire avec un gros abcès ossifluent dans la fosse iliaque du même côté.

(*A suivre.*) A. F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juillet 1901. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

Maladie de Paget.

M. GALLIARD présente un malade dont le crâne est fort développé, dont la colonne vertébrale est fortement incurvée d'avant en arrière, les fémurs sont en parenthèses, les tibias sont hypertrophiés et les jambes œdématiées. Le cœur est gros et le malade a eu plusieurs crises d'asystolie. Les artères de ce malade sont dures, sinueuses, infiltrées.

M. BÉCLÈRE a fait de nombreuses radiographies de ce malade, les os sont hypertrophiés, et, chose remarquable, les artères apparaissent sur la radiographie parce qu'elles sont infiltrées de sels calcaires.

Albuminuries intermittentes.

M. LENOIR rend compte de l'observation de 24 cas d'albuminurie intermittente qu'il a pu étudier en dix ans. Les malades présentent de l'hypotension artérielle. Parmi ces cas, il a observé trois faits d'albuminurie familiale, en partie orthostatique, en partie digestive. Une jeune femme atteinte d'albuminurie intermittente cessait d'en être atteinte

durant la grossesse et la lactation, elle a eu trois grossesses sans accidents.

M. Siredey insiste sur la difficulté de rattacher l'albuminurie à une maladie infectieuse. Il cite un cas de scarlatine où l'albumine apparut au 33e jour de la maladie. Plus tard cette enfant a eu, à l'occasion d'un refroidissement, de l'albuminurie qui reparaît encore de temps à autre sans cause appréciable.

M. Méry a constaté chez une jeune fille atteinte d'albuminurie intermittente que l'élimination du bleu de méthylène était retardée et se faisait irrégulièrement.

M. Merklen dit que la cryoscopie est normale dans les cas d'albuminurie purement fonctionnelle.

Maladie d'Addisson fruste.

MM. Jacquet et Tremollière présentent un tuberculeux asthénique avec crises gastro intestinales. Des applications sinapisées ont provoqué des plaques mélanodermiques. M. Jacquet est persuadé qu'on se trouve en présence de la maladie d'Addisson. Il a obtenu des résultats analogues chez d'autres malades. Les applications sinapisées déterminaient une mélanodermie plus intense quand on anémiait le membre au moyen de la bande d'Esmarck.

Zona metamérique, examen du liquide cephalorachidien.

MM. Achard et Dopter communiquent une observation de zona métamérique : ayant pratiqué la ponction lombaire, ils constatèrent par des cultures la présence d'un diplobacille particulier qui liquéfie la gélatine en quelques jours, et d'une très faible vitalité. Le liquide céphalorachidien contenait de nombreux lymphocytes.

Rupture d'ascite.

M. P. Merklen rapporte un cas de rupture d'ascite chez une alcoolique atteinte de cirrhose. La rupture se fit au niveau d'une petite hernie ombilicale où une plaque de gangrène se produisit. La malade mourut de péritonite infectieuse.

Association microbienne dans une méningite cérébro-spinale.

M. Simonin rapporte un cas de méningite cérébro-spinale consécutive à une angine banale où le méningocoque intracellulaire de Weichselbaum était associé à un diplobacille qui ne prenait pas le Gram. Ce diplobacille avait été retrouvé sur les amygdales ayant les mêmes caractères morphologiques et de culture que celui trouvé dans le liquide céphalorachidien.

Traitement de la douleur par la rachicocaïnisation.

M. Achard, dans le traitement de la douleur par rachicocaïnisation, injecte un centigramme de chlorhydrate de cocaïne quand il pénètre dans la séreuse, il en injecte deux centigrammes quand il fait l'injection épidurale. Dans ce dernier cas, M. Achard augmente la dose du véhicule. Les accidents observés sont la céphalalgie, les vomissements et les vertiges. Les vomissements n'ont pas lieu si le malade est à jeun : les vertiges n'apparaissent pas si le malade est couché. M. Achard a obtenu des succès marqués chez des tabétiques, dans la sciatique, dans les coliques saturnines, dans le lombago, dans la névralgie lombaire. Quand l'injection a été faite dans le canal sacré, le soulagement est en général moins marqué que par l'injection intraarachnoïdienne.

Hémorragie intestinale dans la pneumonie.

M. Rathry a fait l'autopsie d'un malade du service de M. Chauffard, mort d'une hémorragie intestinale au cours d'une pneumonie. Il a constaté des plaques très congestionnées dans le côlon. Il n'y avait pas de profondes ulcérations mais des sortes d'abrasions de la muqueuse. Ces lésions intestinales étaient bien le fait de l'action directe du pneumocoque.

J. Noir.

REVUE ANALYTIQUE

DES TRAVAUX RÉCENTS SUR L'ALLAITEMENT

Par le Dr **Henri de ROTHSCHILD**.

—

I

Les enfants soumis à l'allaitement artificiel exclusif, même paraissant bien portants, diffèrent de ceux qui sont élevés au sein et par leur digestion et par leur nutrition. M. Marfan recherche les causes de ces différences : pour lui, elles ne résident pas exclusivement dans la quantité et la qualité des principes chimiques qui entrent dans la composition du lait de vache. L'utilisation de la nourriture se fait dans la proportion de 93 à 94 % dans l'allaitement artificiel ; elle s'élève à 96 % dans l'allaitement au sein.

Quelle est donc l'origine des troubles de nutrition (croissance irrégulière, pâleur et mollesse des chairs, débilité musculaire, prédisposition morbide) observés chez les enfants au biberon ? Il y a autre chose qu'une insuffisance d'absorption et d'assimilation. Pour M. Marfan, il doit exister, entre le lait de vache et le lait de femme, des différences que l'analyse chimique ne nous révèle pas. Ainsi, la chimie ne pourrait déceler la présence des antitoxines tétanique et diphtérique, qui passent pourtant par le lait, comme le démontre l'expérimentation. On sait déjà qu'*il y a dans le lait des ferments solubles, des diastases* : c'est là un point de vue nouveau dans la question de l'allaitement artificiel. Ces ferments solubles sont-ils différents dans le lait des diverses espèces animales ? Si oui, serait-ce à cette différence qu'on doit rapporter l'impossibilité de remplacer pour un nouveau-né le lait de son espèce par celui d'une autre espèce : si non, n'est-ce pas une faute de détruire ces ferments par la stérilisation ? Il est encore impossible de répondre à ces questions : on peut du moins les poser.

Le lait renferme donc des ferments solubles. Béchamp avait déjà démontré qu'il y a dans le lait de femme une diastase capable de transformer l'amidon en sucre (*galacto-zymase*) et que celle-ci fait défaut dans le lait des autres mammifères. Il en conclut qu'il y avait entre les deux des différences radicales. Pour M. Marfan, l'existence de cette diastase semblerait expliquer ce fait que les nourrissons élevés au sein peuvent sans inconvénient recevoir des bouillies de farine bien plus tôt que les enfants soumis à l'allaitement artificiel. Ce ferment ne semble pas être la seule diastase existant dans le lait. Si l'on fait agir sur le lait de vache cru de la teinture *fraîche* de résine de gaïac, il apparaît une coloration bleue qui ne devient manifeste que lorsque l'on ajoute quelques gouttes d'eau oxygénée. La substance qui intervient ici appartient à ce groupe de corps n'agissant qu'en présence de l'eau oxygénée et que Bourquelot appelle *anaëroxydases*. Elle possède les propriétés des ferments, elle est détruite vers 70° et elle ne dialyse pas. Dans le lait de femme, MM. Marfan et Gillet ont aussi trouvé une anaëroxydase, moins active, et en tout cas différente de celle du lait de vache. Le lait de femme renferme en outre un ferment saponifiant, une *lipase* très active, plus énergique que celle que l'on trouve aussi dans le lait de vache. Les expériences de Bordet ont démontré qu'il existe encore dans le lait des principes doués de propriétés analogues à celles des toxines et des zymases.

Or nous savons que les matières alimentaires traversant le tube digestif subissent des transformations sous l'influence des zymases élaborées par les glandes salivaires, l'estomac et le pancréas, ainsi que sous l'action des ferments solubles issus de « sécrétions internes » (Brown-Séquard). L'assimilation et la désassimilation sont donc sous la dépendance d'enzymes élaborées par des organes à sécrétion interne. Le nouveau-né et le nourrisson, dont l'organisme est encore inachevé, élaborent peu de zymases digestives et sécrètent peu de zymases nutritives. Le lait doit donc remplir deux conditions : 1° être d'une digestion facile, par suite, ne pas exiger de zymases digestives actives ; 2° renfermer des zymases stimulatrices et régulatrices de la nutrition que les tissus de l'enfant n'élaborent pas suffisamment. Cette hypothèse expliquerait bien des faits : le nouveau-né vigoureux pourra se passer du lait maternel, si son degré de développement est assez avancé pour qu'il sécrète les zymases digestives et nutritives. Ou bien le lait maternel pourra être remplacé par un aliment qui s'en rapproche, mais le développement de l'enfant sera irrégulier et s'accompagnera de troubles nutritifs jusqu'au moment (vers la fin de la 2e année ou plus tard) où l'organisme pourra élaborer suffisamment

de ferments nutritifs. Chez les prématurés et les enfants débiles, l'élaboration des zymases est si faible qu'aucun aliment ne pourra remplacer le lait de femme : ils meurent si on les en prive. Les zymases sont généralement détruites à une température supérieure à 70°. Le lait de vache n'est jamais donné cru, en raison des troubles pathologiques qu'il amènerait ; on ne peut donc comparer ses résultats avec ceux du lait après la cuisson. Quant au lait d'ânesse, que l'on donne cru, et au lait de chèvre, également donné cru presque toujours, ce sont des aliments d'exception, et la comparaison avec le lait de vache cuit est incertaine. Le lait d'ânesse, auquel on conserve ses ferments solubles, est aussi celui dont la composition quantitative et qualitative se rapproche le plus du lait de femme ; c'est peut-être la raison de sa supériorité. Le lait de chèvre provoque souvent des troubles dyspeptiques, probablement en raison de la proportion élevée de caséine qu'il contient, et les zymases de ce lait doivent être bien différentes de celles du lait de femme.

En chauffant le lait de vache à plus de 70°, pour le priver de ses germes, nous le privons aussi de ces zymases qui agiraient peut-être favorablement sur la nutrition. On ne peut pour cela rejeter la pratique de la stérilisation, qui évite à l'enfant les accidents d'infection ou d'intoxication. L'enfant nourri au lait stérilisé continue néanmoins à se développer, malgré les troubles nutritifs auxquels il est exposé.

M. Marfan conclut que le lait n'est pas un liquide inerte ; il renferme des ferments solubles, comme les tissus vivants: ces ferments doivent être des stimulateurs et des régulateurs des actes nutritifs et sont destinés à suppléer à l'insuffisance des sécrétions internes du nouveau-né. Certains de ces ferments sont particuliers à telle ou telle espèce : d'autres, communs à diverses espèces, sont malheureusement détruits par la stérilisation. Le problème serait d'avoir un lait privé de microbes, mais non de zymases. La *pasteurisation* semble capable de laisser au lait animal ses ferments propres ; mais elle doit être perfectionnée au point de vue de la stérilisation, qui est insuffisante par ce procédé.

II

Dans les deux premiers chapitres de sa thèse, A. Fontaine nous fait connaître dans leurs grandes lignes l'allaitement maternel normal, dans lequel les jeunes tettent dès la naissance leur propre mère, ce qui est la règle chez les animaux vivant à l'état de liberté, et différents modes d'alimentation artificielle employés chez les principales espèces domestiques. Contrairement à ce qui se passe dans l'espèce humaine, la fonction allaitement ne souffre pas d'exception chez les animaux domestiques. Les petits, élevés par leur mère, se développent parfaitement bien, de même que, chez l'enfant, c'est l'allaitement maternel qui donne toujours les meilleurs résultats. Dans l'allaitement artificiel, le nouveau-né n'est plus allaité par sa mère, et il reçoit de la main de l'homme des aliments assez variés, se rapprochant plus ou moins du lait maternel. Les équidés domestiques supportent assez mal l'allaitement artificiel ; on ne l'applique d'ailleurs jamais systématiquement chez le poulain ; l'élevage devient très difficile et les produits, d'une infériorité manifeste de formes et de tempérament, deviennent rachitiques.

Les autres animaux de la ferme, veaux, agneaux, porcelets, sont plus indifférents à l'allaitement artificiel : mais ce mode d'élevage exige une pratique très éclairée, scientifiquement définie, pour rester à l'abri des gros inconvénients qu'il présente si fréquemment chez les nouveau-nés, morbidité considérable et mortalité par gastro-entérite diarrhéique. Les résultats obtenus chez les jeunes animaux élevés à l'aide de l'appareil dit *auge-biberon* ne seront satisfaisants que si l'on s'astreint aux plus grandes précautions hygiéniques ; de même pour le lait employé, son coupage, l'écrémage, ses variétés, etc... La diarrhée éprouve du reste surtout les animaux que l'on cherche à faire boire trop jeunes. Les éleveurs intelligents n'omettent jamais de laisser prendre le colostrum. Contrairement à la pratique courante pour l'enfant, l'allaitement artificiel ou mixte immédiat constitue une exception. La montée laiteuse suit toujours immédiatement la parturition ou même la précède de quelques jours. La transition à l'allaitement artificiel peut ainsi se faire progressivement par l'intermédiaire de l'allaitement mixte.— Les animaux d'élite et les individus auxquels est dévolue la conservation des caractères de la race sont soumis à l'allaitement maternel prolongé.

L'agalactie absolue doit être extrêmement rare ; la faculté laitière est une vertu de famille : elle dépend surtout de la race et de la variété animale ; elle se transmet héréditairement, comme chez la femme-nourrice. La gymnastique de la mamelle est précisément une condition nécessaire à la régularité de sa sécrétion. Les états pathologiques, même graves, n'ont pas une grande influence sur la sécrétion lactée ; ils ne suppriment pas la lactation.

Même chez les vaches tuberculeuses, non encore cachectisées, le nourrisson peut se développer normalement, et ce n'est que lorsque la maladie arrive à sa dernière période qu'on est obligé de recourir à l'alimentation artificielle. La sécrétion lactée, aussi bien dans les espèces domestiques que chez la femme, est plus riche sous l'influence d'une bonne hygiène. Constante dès la première parturition, elle s'accroît à l'occasion des parturitions suivantes pour diminuer à un âge avancé. (*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

Hôpital de Djibouti. Rapport médical sur Djibouti et la Côte française des Somalis, par le Dr J. Vitalien, directeur de l'Hôpital. (Djibouti, 1901).

L'entreprise générale de construction des chemins de fer éthiopiens organisa, en 1898, un pavillon destiné à former une simple infirmerie, pour y recevoir les plus graves blessés de leurs chantiers. A ce pavillon furent annexées deux constructions destinées aux sœurs qui étaient chargées du service hospitalier et à l'hydrothérapie. Le service médical de cet établissement était confié au médecin des colonies résidant à Djibouti. En 1899, les entrepreneurs des chemins de fer désirant assurer le service médical de leur personnel firent l'heureux choix du Dr Vitalien, comme médecin-directeur de ce petit hôpital auquel M. Lagarde, gouverneur de la colonie, fit ajouter un quatrième bâtiment fermant le carré formé par les trois pavillons, bâtiment destiné aux fonctionnaires et agents locaux.

Seul établissement hospitalier français sur la mer Rouge, bien situé sur un plateau dominant la mer, cet hôpital, malgré quelques imperfections que signale M. Vitalien, dévia de sa destination première. Militaires, fonctionnaires, habitants malades y réclamèrent des soins que le Dr Vitalien se fit un devoir de leur prodiguer. Avec un personnel très restreint comprenant le médecin-directeur, un infirmier diplômé de l'Assistance publique de Paris, cinq religieuses franciscaines de Calais, un employé aux écritures et quelques indigènes, l'Hôpital de Djibouti rendit de grands services à la colonie et aux malades du corps expéditionnaire de Chine qui, par la gravité de leur état, durent interrompre leur voyage. Telle est l'histoire de cet établissement qui, fondé pour remplir les offices d'une simple ambulance pour les chemins de fer éthiopiens, est devenu un véritable hôpital. D'ailleurs son importance est bien mise en lumière dans le compte rendu et la statistique du service qu'a publié M. le Dr Vitalien.

Le service médical consiste en consultations, traitement à domicile, et traitement à l'hôpital. Toutes les grandes administrations et compagnies de la colonie joignent à ces consultations gratuites la distribution gratuite de médicaments à leurs employés. 3286 consultations, se répartissant sur 1803 malades (1073 Européens et 730 indigènes), ont été données à l'hôpital du 28 déc. 1898 jusqu'au 31 déc. 1900 ; 356 malades (226 Européens et 130 indigènes) ont été hospitalisés dans le même laps de temps. Sur ces 356 hospitalisés, il y a eu 39 décès.

Les maladies des voies respiratoires et la tuberculose pulmonaire y sont très rares. Les troubles gastro-intestinaux sont fréquents et attribuables à la mauvaise alimentation. Les diarrhées et les dysentéries ne sont pas graves et les quelques cas sérieux que le Dr Vitalien a eu à soigner étaient chez des soldats épuisés venant d'Indo-Chine ou de Madagascar et laissés par prudence à Djibouti. Les affections hépatiques ne sont pas très graves: l'auteur signale une épidémie de jaunisse en mars et avril 1899, qu'il attribue à la frayeur causée par les attaques des Issas Somalis.

Les maladies vénériennes portent dans 75 % des cas sur les Européens, et c'est un préjugé de croire à la fréquence de la syphilis chez les indigènes. La dépression nerveuse due à la haute température est fréquente et dangereuse comme conséquence, surtout chez la femme. Les ophtalmies sont aussi fréquentes, elles affectent parfois le caractère épidémique, mais n'auraient pas la gravité de celles de la côte arabique de la Mer Rouge. Malgré les grands remuements du sol qu'exige la construction d'un chemin de fer, l'impaludisme est rare à Djibouti. La fièvre typhoïde est aussi rare (10

QUESTIONS DU JOUR

Assistance, traitement et éducation des enfants arriérés et nerveux.

Les enfants *normaux* malades ont été l'objet de créations multiples. Par exemple, pour les enfants scrofuleux, rachitiques, tuberculeux, on construit chaque année des sanatoria. Mais, les enfants réputés *anormaux* sont moins bien partagés, surtout ceux qui composent le groupe le plus considérable, les *idiots intellectuels et moraux* (pervers et instables). Il ne se passe pas de jour sans que les feuilles politiques n'enregistrent des actes délictueux commis par eux ou dont ils sont les victimes : beaucoup d'« enfants martyrs » sont des malades au point de vue mental ou moral

La *Petite Gironde* du 11 septembre, sous ce titre : *L'odyssée d'une fillette*, raconte que Madeleine Chauvet, âgée de 11 ans, avait été confiée par le directeur de l'hospice de la Rochelle à une ménagère de Croix-Chapeau, que celle-ci l'ayant envoyée faire une commission à l'extrémité du village elle ne revint plus. Après recherches, on découvrit l'enfant rôdant sur la route de Dompierre. *Elle ne parait pas jouir de toutes ses facultés intellectuelles.*

Le même journal, parlant des affaires jugées à l'audience correctionnelle d'Angoulême, cite deux cas analogues. Le premier concerne un enfant de treize ans, domestique, qui avait placé des tas de pierres sur la voie errée au pont du Chemin-Vert. « Cet enfant a l'aspect inintelligent, répond à peine à l'interrogatoire ; c'est un petit malheureux qui n'a pas compris certainement la gravité de son acte. » Le second cas se rapporte à un enfant de *neuf ans* qui, lui, depuis plusieurs années déjà, a la manie du vol. Il comparaît pour un nouveau délit.

Ces trois faits prouvent la nécessité d'hospitaliser les enfants anormaux. La fillette était une proie qui s'offrait sans défense à la lubricité. Le premier garçon a failli causer un accident de chemin de fer qui, fatalement, aurait fait des victimes. La manie du vol (kleptomanie) du troisième peut aboutir à des crimes contre les personnes. Multiplier ces faits serait facile.

Aujourd'hui, grâce à l'active propagande faite par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, depuis bientôt 25 ans, la question prend corps, malheureusement plus à l'étranger, où ses travaux sont appréciés, qu'en France, où, cependant, est né le système de traitement et d'éducation de ces enfants déshérités. Aux médecins qui, jusque dans ces derniers temps, étaient seuls à s'en occuper, se sont ajoutés quelques pédagogues instruits. Et la situation des enfants anormaux (idiots, imbéciles, arriérés, etc.) a été l'objet de rapports très intéressants, de discussions sérieuses au *Congrès de la Ligue de l'enseignement*, aux *Congrès internationaux d'Assistance publique* et de *Psychiatrie*. A ces enfants, victimes de l'hérédité nerveuse (1) ou spécifique, de l'alcoolisme ou des accidents de la grossesse et de l'accouchement, la société doit venir en aide, d'abord parce qu'ils sont incapables de subvenir à leur existence, sont dans leur famille une occasion de trouble, une lourde charge ; puis, parce que leur maladie les pousse à commettre des actes délictueux, ou qu'ils peuvent être des instruments de crimes pour des criminels, ou enfin servir inconsciemment à assouvir les passions de brutes, d'où grossesse et nouvelle charge pour la société. Il faut donc hospitaliser ces enfants, et l'argent consacré à leur hospitalisation sera, certes, mieux employé qu'en frais de justice, de prison et de correction.

Mais il y a encore mieux à faire pour eux. On doit les soigner, les traiter, les éduquer. Ce n'est que par exception que les plus profondément frappés sont incurables. La plupart sont susceptibles d'amélioration à des degrés divers, même jusqu'à l'état normal. L'expérience l'a démontré.

A l'appui, laissant de côté ce qui se fait à l'étranger, il suffira de rappeler à grands traits la pratique de la section des enfants de Bicêtre pour les familles pauvres et de l'**Institut médico-pédagogique**, à Vitry-sur-Seine, près Paris, pour les familles riches.

Prenons, comme exemple, un enfant des plus malades, malpropre, ne marchant pas, incapable de s'aider de ses mains, par conséquent de manger, de se laver, de s'habiller seul, ne prononçant aucun mot, et voyons ce qu'en fera le *Traitement médico-pédagogique*.

Par une observation attentive de ses besoins, et en le plaçant à des heures régulières sur le vase, on le rend propre. Avec les exercices de la balançoire-tremplin, des barres parallèles, on lui apprend à se tenir debout. Avec le chariot ou en le tenant sous les bras, on parvient à le faire marcher. Arrivent alors les exercices des échelles et des ressorts, (l'*éducation de la main*), qui le préparent à apprendre à se déshabiller, à l'habiller, à se laver la figure et les mains, à employer la cuillère, la fourchette et le couteau.

Notre enfant a fait, alors, de grands progrès, puisqu'il est propre, marche seul, sait s'habiller, se nettoyer et manger seul : il n'a plus besoin d'être aidé, il suffit à ses besoins immédiats. Tous les procédés dans ce but sont complétés par le *massage*, les *frictions stimulantes*, les *bains* et l'*hydrothérapie*, sans compter les médications appropriées à chaque cas. L'éducation du *toucher*, de la *main* est accomplie. Il faut maintenant passer à l'*éducation des autres sens* et de la *parole*. L'énumération des moyens mis à contribution serait trop longue. Mentionnons seulement les projections à la lumière oxydrique des lettres de l'alphabet, des chiffres, des figures géométriques, d'images graduées d'animaux ou d'objets divers.

La parole commençant à se développer, l'enfant pouvant *nommer* les personnes et les objets usuels, on passe aux *leçons de choses* portant sur les différentes parties du corps, de l'habillement, sur le mobilier du dortoir et du réfectoire, sur les aliments, etc. Ensuite ont lieu les leçons, à Bicêtre, dans les jardins, à l'*Institut médico-pédagogique*, dans les jardins et le parc. Pour faciliter ces leçons de choses, les fleurs, les arbustes, les arbres, les carrés de légumes, etc., sont pourvus d'*étiquettes* nominatives. Un *tableau roulant* permet au maître de compléter les explications.

Au point où nous sommes, nous n'avons plus affaire à l'*être végétatif* du début, mais à un enfant qui s'élève d'échelon en échelon vers l'état normal. C'est alors que viennent les notions d'*instruction primaire* où prédomine toujours l'enseignement objectif. Chaque jour il y a une leçon de *chant*. Aux exercices physiques s'ajoutent la gymnastique des mouvements, aux échelles convexes, horizontales, avec les haltères, etc., la *danse*, et plus tard, *l'escrime*.

Les *jeux*, sous des formes variées, les *promenades*, des *conférences* avec *projections*, contribuent à développer l'intelligence des enfants. Enfin notons l'*enseignement manuel* : menuiserie, serrurerie, typographie, brosserie, vannerie, paillage, cannage, cordonnerie et couture.

Pour certaines catégories, on a recours aux frictions, au massage, aux exercices des jointures. Tous les enfants prennent d'un bout de l'année à l'autre un ou deux grands bains et un bain de pied par semaine, des douches d'avril à novembre et un certain nombre pendant toute l'année.

C'est à l'ensemble de ces procédés, complétés par le *traitement moral*, que M. Bourneville donne le nom de TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE. Il doit être institué dès qu'on a constaté les premiers signes de l'arriération intellectuelle ; on ne redresse pas un vieil arbre. Comme il s'agit là de *malades*, le rôle du médecin, dans les établissements de ce genre, qui devraient porter le nom d'*asiles-écoles*, est naturellement prédominant. Les instituteurs, les chefs d'ateliers, auxiliaires indispensables, doivent se guider d'après les observations médicales. Il faut que les enfants soient occupés et surveillés depuis le lever jusqu'au coucher.

Grâce à sa méthode, le Dr Bourneville enregistre chaque année des résultats remarquables et à Bicêtre et à l'*Institut médico-pédagogique*. Ce dernier établissement, situé au milieu d'un parc superbe, dans des conditions hygiéniques parfaites, reçoit des enfants indisciplinés, nerveux, instables, choréiques, hémiplégiques ou enfin des enfants atteints d'*accidents convulsifs*. Ils sont répartis par catégories, selon leur maladie et leur sexe.

Des renseignements sommaires qui précèdent, il résulte que les familles fortunées qui ont la douleur d'avoir des enfants arriérés ou nerveux sont en mesure, par un traitement médico-pédagogique bien dirigé et suffisamment prolongé, d'obtenir l'amélioration et même la guérison de leurs malheureux enfants : c'est là une véritable consolation. Il en résulte aussi que, en ce qui concerne les enfants des familles pauvres ou peu aisées, chaque département a le devoir de créer pour eux des asiles-écoles ; c'est là une réforme qui s'impose en France, si nous ne voulons pas rester plus longtemps en arrière des autres pays civilisés.

Dr FREEMANN.

(1) L'influence de l'*hérédité* est incontestable. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les observations insérées dans les 20 volumes des Comptes rendus de Bicêtre. Mais il est certain qu'elle peut être atténuée, sinon tout à fait supprimée, dans un certain nombre de cas, par une médication, une hygiène et une éduction appropriées.

cas en deux ans, provenant tous de bateaux passant à Djibouti), depuis que Djibouti est pourvu de bonne eau, bien captée et à l'abri de toute souillure. M. Vitalien décrit sous le nom de fièvre calorique, une fièvre continue qui survient brusquement avec courte incubation, haute température d'emblée, symptômes typhoïdes, la durée de cette affection est de trois semaines, la convalescence assez rapide. L'auteur, tout en faisant des réserves sur l'origine eberthienne de cette maladie, dont il n'a pu faire d'autopsie, tous les malades étant guéris, la compare au thermic fever des Antilles. La variole est endémique dans la région et la revaccination donne peu de succès à cause de la difficulté de conserver du bon vaccin. Les autres fièvres éruptives sont très graves. Au point de vue chirurgical, l'ulcère des pays chauds est l'affection la plus fréquente et la plus rebelle, le Dr Vitalien a obtenu des résultats inespérés au moyen des pansements à l'acide picrique.

Le climat de Djibouti est très sec et torride, le minimum de la température est de 25° vers février et le maximum a été de 41°5, vers le mois d'août. Le pays est grillé pendant 4 ou 5 mois par une chaleur torride aggravée par le vent brûlant du nord, le Khamsin. Néanmoins Djibouti est remarquablement sain et rend de sérieux services en attendant que le chemin de fer permette de créer un sanatorium en Abyssinie.

Il convient de féliciter vivement le Dr Vitalien, tant au sujet des services qu'il a rendus dans son hôpital improvisé que pour les renseignements très intéressants qu'il a publiés sur Djibouti au point de vue médical. Il serait à souhaiter que son exemple fût suivi et que nous soyons mis au courant de l'état sanitaire de nos colonies par une autre voix que la voix administrative.

J. Noir.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains



LE PROFESSEUR F. DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris.

M. le Professeur de Lapersonne qui vient d'être nommé professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, où il remplace son ancien maître, le Prof. Panas, occupait à la Faculté de Lille le premier rang, tant comme professeur de clinique que comme doyen.

M. de Lapersonne est un ancien élève de la Faculté de Paris. En 1879, interne des hôpitaux de Paris, il était à ce titre en 1881 et 1883 attaché au service du professeur Panas. Aide d'anatomie en 1881, il fut reçu docteur en 1883, avec une thèse inaugurale sur la *Maturation artificielle de la cataracte*. La même année, il était nommé chef de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu et occupait ce poste jusqu'en 1886. A cette époque, il prit part au Concours d'agrégation, soutint une thèse remarquable sur les *Arthrites infectieuses*, et fut nommé professeur agrégé à la Faculté de Lille.

M. de Lapersonne sut aussitôt s'y créer une situation prépondérante ; de 1886 à 1890, il fut chargé du cours complémentaire des maladies des yeux, il enseigna en même temps (1889-1890), la médecine opératoire, et en novembre 1890, il fut désigné pour être titulaire de la chaire de clinique ophtalmologique. En 1893, la Faculté de Lille, lui témoigna sa haute confiance en l'appelant au décanat. Ses fonctions de doyen, sa grande valeur scientifique et la haute situation morale qu'il avait su se créer, mirent M. de Lapersonne au premier rang du Corps médical lillois. Chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, il était membre du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur de Lille, membre du Conseil d'hygiène du Nord, de la Commission administrative des hôpitaux et hospices de Lille. Ancien président de la Société centrale de médecine du Nord, membre de la Société française d'ophtalmologie, il prit part comme membre du Comité de direction à l'organisation de la Section d'ophtalmologie au Congrès de 1900.

Les travaux de M. de Lapersonne ont presque tous traits à l'ophtalmologie, car il sut se spécialiser de bonne heure. Il publia de nombreux mémoires sur les maladies des paupières, sur l'opération du symblépharon (*Arch. d'opht.*, 1888, t. VIII), sur la conjonctivite granuleuse, et écrivit en 1893, pour l'*Encyclopédie Léauté*, un petit manuel très concis et très complet sur les maladies des paupières et des membranes externes de l'œil. Nombreuses furent ses recherches sur les maladies de l'iris, sur les affections du cristallin et plus particulièrement la cataracte qui fut l'objet de sa thèse de doctorat. Il publia encore seul ou avec la collaboration de ses élèves, des travaux sur les kystes de la rétine, sur la rétinite gravidique, la rétinite brightique, sur l'examen du champ visuel dans le décollement de la rétine, sur l'amblyopie toxique, les traumatismes de l'œil, les malformations congénitales, etc...

Opérateur habile, M. de Lapersonne chercha à modifier et à améliorer les procédés opératoires de l'oculistique ; au Congrès de 1900, il prit une part active à la discussion du rapport sur l'énucléation et les opérations susceptibles de la remplacer et pratiqua dans la panophtalmie, l'*excentération ignée*, méthode opératoire présentée à l'Académie de médecine, par le Professeur Panas, à la séance du 10 avril 1900.

Nous ne saurions énumérer tous les articles que M. de Lapersonne publia sur les maladies de l'orbite et de ses annexes, sur les paralysies des muscles de l'œil, sur les symptômes oculaires des maladies des centres nerveux. Il ne négligea aucune branche de sa spécialité.

M. de Lapersonne s'est tout spécialement consacré à l'enseignement. Comme chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris, il fit en 1884, des leçons sur *la réfraction* et *ses anomalies* ; en 1885, dans un cours libre à l'Ecole pratique, il étudia les maladies des membranes externes de l'œil. A partir de 1886, il ne cessa d'enseigner à Lille la clinique ophtalmologique et la chirurgie oculaire. A la tête d'un service très important de l'hôpital Saint-Sauveur, le Prof. de Lapersonne sut tirer tout le profit possible de ces richesses pathologiques, variant sans cesse son enseignement, passant de la chirurgie oculaire à l'ophtalmologie médicale, abordant successivement les manifestations oculaires de la syphilis et celles des affections du système nerveux. Aussi fit-il de distingués élèves et inspira-t-il de nombreuses thèses.

Sa réputation de professeur fut assez grande pour que la Faculté de médecine de Paris, rompant avec ses vieilles traditions, ait eu l'heureuse idée de lui offrir la succession de son maître, le Prof. Panas; nul mieux que lui ne pouvait plus dignement occuper la chaire de clinique ophtalmologique de notre Faculté.

M. de Lapersonne n'est pas étranger à la presse médicale, non-seulement il prit une part très active à la rédaction de journaux et de revues, notamment du *Bulletin médical du Nord* et de l'*Echo médical du Nord*, mais il fut secrétaire de la rédaction des *Archives d'ophtalmologie*. J. Noir.



M. ED. BUREAU.

Membre de l'Académie de médecine.

Professeur de botanique au Muséum depuis 1874, et porté à cette chaire par tout un cortège de titres et de travaux consacrés aux sciences naturelles. Est né à Nantes, où Ed. Bureau suit à la fois les cours de l'Ecole de médecine (1848) et les travaux du Muséum de cette ville. Interne, lauréat des hôpitaux de Nantes. Quitte sa ville natale en 1852, pour suivre à Paris les cours de notre Faculté, du Muséum et de la Sorbonne, et être reçu docteur en médecine (1856) avec cette thèse : *De la famille des Loganiacées et des plantes qu'elle fournit à la médecine.* Un des fondateurs de la Société botanique de France (1854), licencié ès-sciences naturelles (1858), docteur ès-sciences naturelles (1864), aide-naturaliste de la chaire de botanique au Muséum (1872), professeur de cette chaire (classifications et familles naturelles), en 1874, directeur d'un laboratoire de botanique pratique à l'Ecole des Hautes-Études (1875), président de la Société botanique de France (1875 et 1883), etc. Voilà un professeur préparé pour la chaire qu'il occupe ; il est vrai qu'il s'agit du Muséum et non point de la Faculté de médecine de Paris.

Les travaux scientifiques du nouvel académicien, ont tous trait à la botanique ; nous y relevons : *Monographie des Bignoniacées* (1) ; *Révision des genres Tynanthus, Lundia, Catalpa* (2) ; *plantes nouvelles du Thibet et de la Chine occidentale* (3) ; *Sur un figuier à fruits souterrains*, etc., etc. Ce sont des études sur la flore française, sur l'anatomie et la physiologie végétales, sur la tératologie végétale, la botanique appliquée, la botanique fossile, sur les musées d'histoire naturelle, les jardins botaniques et les laboratoires, etc. Rappelons en dernier lieu les fécondes *herborisations*, dirigées par M. Bureau depuis tant d'années, et que nous avons suivies longtemps, avec grand intérêt et plaisir.

Signes extérieurs : M. Ed. Bureau est chevalier de la Légion d'honneur depuis 1894, et, depuis longtemps : commandeur de l'ordre de la Rose du Brésil, commandeur de l'ordre de la Couronne de Roumanie, officier de l'ordre du Dragon de l'Annam. Est aussi modeste que savant, aussi savant que simple et bienveillant. P. C.

(1) Baillière, 1864, vol. in-4 avec 30 planches.
(2) Adansonia, 1868.
(3) Recueillies pendant le voyage de MM. Bonvalot et Henri d'Orléans (1890.)

NÉCROLOGIE



M. LE Dr ARMAND DELPEUCH.

Médecin de l'hôpital Cochin.

Samedi, ont eu lieu les obsèques d'Armand Delpeuch, qui a succombé à l'épuisement d'un travail acharné. Je ne reviens pas sur sa belle carrière professionnelle, sur ses succès de concours, qui, tout jeune encore, l'avaient fait nommer médecin des hôpitaux, succès que toute notre génération connaît aussi bien que ses travaux de médecine générale. En dehors de son caractère si délicatement affable, une culture intellectuelle supérieurement affinée et une érudition incomparable donnaient à Delpeuch une physionomie particulièrement séduisante et intéressante. C'est grâce à ces qualités et à un labeur patient et opiniâtre qu'il s'était fait une place unique parmi les historiens de la médecine ; il venait, quand la mort l'a emporté, de conquérir dans cette branche des sciences médicales une véritable maîtrise, donnant à l'histoire des maladies et des doctrines une portée si élevée d'exactitude documentaire et de critique philosophique et une couleur si spéciale, qu'aucun de ses illustres prédécesseurs, tels que Daremberg lui-même, n'avaient approché de ce qu'il avait réalisé. Qu'on se reporte à ses articles de la *Presse médicale* et à son bel ouvrage sur *la Goutte et le Rhumatisme*. Ce que nous n'aurions jamais osé dire de son vivant, de peur de froisser ses sentiments de réserve et de modestie et pour ne point nuire

au sympathique maître à qui est échue la chaire d'histoire de la médecine, pourquoi le tairions-nous aujourd'hui ? N'est-il pas étrange, en effet, que la vacance d'un tel enseignement ne puisse de droit revenir au seul homme qui eût pu l'occuper avec un si exceptionnel éclat ? Que Monsieur le professeur Raymond, son beau-père et que tous les siens trouvent dans ces lignes le sincère hommage de nos respectueuses condoléances et le témoignage du profond regret que laisse parmi nous une si cruelle perte. F. BOISSIER.

VARIA.

XIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes

Ce congrès se tiendra du jeudi 1er août au mercredi 7 août, à Limoges ; nous prions instamment ceux de nos collaborateurs et de nos confrères qui ont l'intention d'y faire des communications de nous en envoyer le *résumé* AVANT le 10 AOUT.

Médecins Conseillers Généraux.

Ont été élus aux élections de dimanche 21 juillet, les médecins dont les noms suivent : Ain : Dr Picquet, radical ; Dr Baudin, rad., père du ministre ; Aisne : Dr Maréchal, rép. ; Allier : Dr Baratier, rallié ; Dr Delarue, rad. soc. : Dr Thivrier, soc. ; Dr Gacon, rad. soc. ; Basses-Alpes : Dr Signoret, rép. : Dr Cossa, rép. ; Dr Martin, rad. soc. ; Hautes-Alpes : Dr Blanc, rép. ; Alpes-Maritimes : Dr Toraillec, rép. ; Dr Ciaudo, rép. ; Ardèche : Dr Fombarlet, rép. ; Ardennes : Dr Prévost, rép. ; Ariège : Dr Sieurac, rép. : Aube : Dr Bordes, rép. ; Aveyron : Dr Cannac, rad. ; Dr Ouvrier, rép. ; Dr Bouty, rad. ; Dr Gaubert, rép. : Dr Blancard, rad. : Dr Boyer, rép. ; Bouches-du-Rhône : Dr Flessières, soc. ; Cantal : Dr Bastid, rép. : Dr Johanny, rép. ; Dr Mary, rép. : Dr Hugon, rad. : Charente : Dr Lacombe, rép. ; Charente-Inférieure : Dr Méjasson, rép. : Dr Bonneau, rép. : Dr Chevallier, rép. : Dr Marchand, rép. ; Dr Coyrard, rad. ; Dr Guilland, rad. ; Cher, Dr Carton, rép. ; Dr Bonnet, rad. : Corrèze : Dr Rouby, rad. ; Dr Vacher, nat. ; Dr Fleyssac, rad. ; Dr Labrousse, rad. ; Dr Blusson, rad. ; Dr Bargy, rép. : Dr Dellestable, rad. ; Corse : Dr Melgrani, rép. ; Dr Alessandrini, rép. : Dr Cruciani, rad. ; Dr Zuccarrelli, rép. : Dr Valentini, rép. ; Cote-d'Or : Dr Ricard, rad. ; Côtes-du-Nord : Dr Le Bourdellès, rép. ; Dr Baudet, rép. ; Dr Rolland, rép. : Creuse : Dr Byasson, rad. ; Dr Villard, rad. ; Dordogne : Dr Pozzi, rép. : Dr Luzie, cons. ; Dr Sireypol, rad. ; Dr Pourteyron, rép. ; Dr Dupiellet, rad. ; Dr Denoix, rép. ; Doubs : Dr Marcou, rad. : Dr Louvet, rép. : Dr Borne, rad. ; Drôme : Dr Bizarelli, rad. ; Eure-et-Loir : Dr Mercier, rép. : Finistère : Dr Dubuisson, rép. : Gard : M. Mourier, directeur de l'Assist. publ. de Paris, rad. ; Dr Fesquet, rall. ; Haute-Garonne : Dr Guilhem, rép. ; Gers : Dr Dupouy, rad. ; Dr Loumaigne, rép. ; Gironde : Dr Cazauvieilh, rép. : Dr Courton, rép. : Indre ; Dr Muret, rép. : Dr Bretheau, rép. : Indre-et-Loire ; Dr Matrais, rad. : Jura : Dr Chapuis, rad. : Dr Pactet, rad. ; Dr Boichin, rép. ; Dr Bierry, rad. ; Landes : Dr Sarran, rép. : Dr Lestage, rép. : Dr Lourties, rép. : Dr Lemée, rép. ; Loire : Dr Bertrand, rép. ; Haute-Loire : Dr Chaussende, rép. ; Dr Chantelauze, rép. ; Dr Vidal, rad. ; Loiret : Dr Gircourt, rad. ; Dr Persillard, rép. ; Dr Sédillot, rép. ; Dr Dangeau, rép. ; Lot : Dr Larnaudie, rad. : Lot-et-Garonne : Dr Delcros, rallié : Dr Galup, rép. : Dr Bache, rad. ; Dr Brugère, conserv. : Lozère : Dr Monteils, rallié ; Maine-et-Loire : Dr Michalowicz, rép. : Manche : Dr Bernard, rép. ; Marne : Dr Kuœri, rad. soc. ; Haute-Marne : Dr Mougeot, rép. : Mayenne : Dr Taillandier, rép. ; Dr Chabrun, rallié : Meurthe-et-Moselle : Dr Henrion, rep. ; Dr Baurin, rép. : Dr Laurent, rép. : Meuse : Dr Maillard, rép. : Morbihan : Dr Duhscouet, rép. : Nievre : Dr Dupré : Dr Regnault, rép. ; Dr Beaufils, rad. ; Nord : Dr Goulard, rép. ; Oise : Dr Baudon, rad. soc. ; Dr Chopinet, rad. : Orne : Dr Leroyer, rép. : Dr Bouteiller, rép. ; Dr Hamon, cons. ; Puy-de-Dôme : Dr Dartoyre, rad. ; Dr Sabatterie, rad. ; Dr Goyon, rad. ; Dr Bonnefoy, rad. : Basses-Pyrénées : Dr Ferri, rép. ; Dr Darget, rép. ; Dr Paul Reclus, rép. ; Hautes-Pyrénées : Dr Cénac, rép. : Dr Cazalas, rad. ; Pyrénées-Orientales : Dr Mirapeix, rép. ; Dr Carrère, rad. ; Rhône, Dr Paillasson, rép. : Haute-Saone : Dr Bontemps, rad. ; Saône-et-Loire : Dr Simyan, rad. soc. ; Sarthe : Dr Bretheau, rép. : Savoie : Dr d'Emonet, rad. ; Dr Jarre, rép. ; Dr Piot, rép. : Dr Gravier, rallié ; Seine-Inférieure : Dr Berthelot, rép. ; Seine-et-Oise : Dr Morère, rép. : Dr Pasturaud, rép. ; Tarn : Dr de Connac, rad. ; Tarn-et-Garonne : Dr Rolland, rép. : Dr Camas, rallié ; Vendée : Dr Potier, rép. : Vienne : Dr Guillon, rép. : Dr Tafforin, rép. ; Haute-Vienne : Dr Decrossas, rép. ; Dr Marquet, rad. ; Dr Raymond, rad. ; Vosges : Dr Charles, cons. ; Yonne : Dr Hondé, rép. ; Dr Petit, rép.

Faculté de médecine de Paris

Clinique chirurgicale de la Charité. — Pendant la période des vacances, M. Faure, agrégé, fait un cours de clinique chirurgicale à la Charité. Il a commencé ce cours le lundi 22 juillet 1901, à 9 heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique gynécologique. — Pendant la période des vacances, M. Thiéry, agrégé, fait un cours de clinique gynécologique à l'hôpital Broca. Il a commencé ce cours le lundi 22 juillet 1901, à 9 heures 1/2, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Concours des clinicats. — Sont nommés : *Chef de clinique médicale.* — Hôtel-Dieu : M. Gandy ; chef adjoint, M. Griffon. — *Chef de clinique chirurgicale.* — Hôpital Necker : M. Mouchet ; chef adjoint, M. Petit ; Hotel-Dieu : chef adjoint, M. Menier. — *Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Milian ; chef adjoint, M. Bernard. — *Chef de clinique des maladies nerveuses.* — M. Sicard : chef adjoint M. Riche. — *Chefs de clinique obstétricale.* — Clinique Tarnier : M. Perret ; chef adjoint, M. Cléron ; Clinique Baudelocque : M. Couvelaire : chef adjoint, M. Delestre. — *Chef de clinique gynécologique.* — Hôpital Broca : M. Jayle ; chef adjoint, M. Beaussenat. — *Chef de clinique chirurgicale infantile.* — Hôpital Trousseau : M. Jouon ; chef adjoint, M. Grisel. — *Chef de clinique ophtalmologique.* — M. Druault ; chef adjoint, M. Serini.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 7 juillet au samedi 13 juillet 1901, les naissances ont été au nombre de 1,178 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 450, illégitimes 141. Total 591. — *Sexe féminin* : légitimes, 429 ; illégitimes, 158. Total, 587.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 7 juillet au samedi 13 juillet 1901, les décès ont été au nombre de 891, savoir : 447 hommes et 414 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2 F. 4. T. 6. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 4, T. 5. — Rougeole : M. 10, F. 7, T. 17. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 5, F. 1, T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 9, F. 8, T. 17. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 2, T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 113, F. 80, T. 193. — Tuberculose des méninges : M. 6, F. 6, T. 12. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 0, T. 7. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 30. F. 26, T. 56. — Méningite simple : M. 8, F. 10, T. 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 27, F. 17, T. 44. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 31, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 5, T. 8. — Bronchite chronique : M. 11, F. 7, T. 18. — Pneumonie : M. 14, F. 12, T. 26. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 31, F. 26, T. 57. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 1, F. 6, T. 7 ; autre alimentation : M. 24, F. 19, T. 43. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 7, T. 8. — Cirrhose du foie : M. 5, F. 1, T. 6. — Néphrite et mal de Bright : M. 10, F. 10, T. 20. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 6, T. 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F, 4, T. 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12, F. 16, T. 28. — Débilité sénile : M. 8, F. 20, T. 28. — Morts violentes : M. 32, F. 9, T. 41. — Suicides : M. 20, F. 3, T. 23. — Autres maladies : M. 66, F. 64, T. 130. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 11, F. 3, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 29, illégitimes, 11. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 15, illégitimes, 12. — Total : 27.

Assistance publique. — *Adjudication.* — Le mercredi 7 août 1901, à 2 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu d'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria n° 3, à l'adjudication au rabais, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackinstosh, protective, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration, pendant un an à partir du 15 août 1901.

Ces fournitures sont évaluées approximativement avant rabais, à : *1er et 2e lots* : Gazes iodoformées et au salol, 44.750 fr. par lot. — *3e et 4e lots* : Coton au salol et boriqué, mackinstosh, protective, lint boriqué, 18.400 fr. par lot. — *5e et 6e lots* : coton hydrophile, 37,500 fr. par lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au bureau des adjudications de ladite administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie a l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — Par arrêté en date du 15 juillet 1901, un concours s'ouvrira le 20 janvier 1902 devant la Faculté de médecine de l'université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Une statue a Pasteur. — Le 6 octobre prochain aura lieu, à Arbois, l'inauguration de la statue que la petite cité jurassienne a décidé d'ériger à Louis Pasteur dès le lendemain de sa mort. L'illustre savant fit ses premières études au collège communal d'Arbois, la ville où était venu s'établir définitivement son père, où ce dernier mourut, qu'il a habitée lui-même avec Mme Pasteur et ses enfants et petits-enfants pendant les vacances, dans la maison paternelle qu'il avait agrandie, et où il aimait à revenir presque chaque année. La statue du célèbre chimiste aura une hauteur de cinq mètres, soit trois mètres pour le piédestal et deux pour la statue elle-même.

Pasteur est représenté assis dans un fauteuil, dans une pose méditative. L'auteur de la statue est le statuaire Daillon ; celui du piédestal, M. Debry, architecte à Paris. (*Journal*, 12 juill.)

Hôtel-Dieu d'Orléans. — *Concours pour l'internat.* — Le mardi 10 décembre prochain, à deux heures et demie, pour 3 places d'Interne titulaire et 3 places d'Interne provisoire. — L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat de Paris). Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le premier janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au *Secrétariat des hospices d'Orléans*. — N. B. Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Concours pour la place de prosecteur.* — Un concours pour la place de prosecteur sera ouvert à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, le samedi 24 août 1901, à 10 heures du matin.

Les épreuves écrites et orales commenceront le jeudi 24 octobre 1901. Sont admis à concourir les candidats de nationalité française pourvus du grade de docteur en médecine ou de douze inscriptions au moins de doctorat. Les Candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au lundi 19 août à midi. A cet effet, ils auront à produire leur acte de naissance, un certificat de scolarité ou leur diplôme de docteur en médecine.

Concours pour la place de chef de clinique d'accouchements. — Un concours pour la place de chef de clinique d'accouchements sera ouvert à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, le lundi 25 novembre 1901, à dix heures et demie du matin. Est admis à concourir tout docteur en médecine de nationalité française qui n'est pas âgé de plus de 34 ans le jour de l'ouverture du concours. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 21 novembre à midi, en produisant leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine.

Hospices de Nimes. — *Concours pour des places d'élèves internes à l'hôpital mixte.* — Il sera ouvert le mercredi 26 novembre prochain, devant le Commission administrative des Hospices, assistée de MM. les Médecins et Chirurgiens, un Concours pour des places d'élèves internes. Les Candidats devront déposer avant le 29 octobre, au Secrétariat des Hospices, Rue Ruffi, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonne vie et mœurs délivré récemment par le Maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une Faculté ou d'un Directeur d'une Ecole de médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Weill, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants à ladite faculté (Fondation de l'université de Lyon).

École de pharmacie de Nancy. — M. Godfrin, professeur de matière médicale à l'école supérieure de pharmacie de l'université de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur d'histoire naturelle à ladite école.

Remplacements médicaux : Un étudiant en médecine ayant 16 inscriptions, ayant fait un long stage dans un service d'accouchements, offre de faire des remplacements. S'adresser à M. Bauteignier, 6, rue Dupuytren, à Paris.

Nouveau journal médical a l'étranger. — Une nouvelle revue mensuelle de médecine et de chirurgie pratique, publiée en langue française à Alexandrie, sous le titre de l'Égypte Médicale, vient de paraître. Le Dr Armand Ruffer, président du Conseil sanitaire d'Egypte, le rédige en collaboration avec le Dr Trekaki, médecin de l'hopital hellène et le Dr Jean Roger, ancien interne lauréat de Paris. Le *Progrès Médical* adresse les meilleurs souhaits de prospérité à ce nouveau Confrère. (N. D. L. R.)

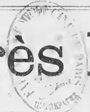
Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Leroy-Dupré, décédé à l'âge de quatre-vingt-un an, à Bellevue (S.-et-O.)

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

29e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 31. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 3 AOUT 1901

Le Progrès Médical



CLINIQUE CHIRURGICALE

DES OSTÉOMES DU COUDE consécutifs aux luxations réduites.

Par le **Dr L. LONGUET**,
Assistant suppléant de Consultation Chirurgicale.

Les tumeurs osseuses du coude sont connues depuis longtemps ; on sait qu'elles constituent l'une des plus graves complications des *luxations anciennes* de l'articulation huméro-cubitale. Mais c'est à peine si leur existence est mentionnée dans les suites des *luxations réduites*. La malade qui fait l'objet de cette leçon nous offre précisément l'exemple d'un ostéome développé sous nos yeux après une réduction correcte d'une luxation traumatique. C'est la raison principale pour laquelle je désire l'étudier longuement devant vous. Par ce qui va suivre, je voudrais vous faire bien comprendre quel intérêt considérable s'attache à la connaissance de cette affection, dont le malade pourrait vous rendre responsables alors même que votre conduite est à l'abri de tout reproche.

Et d'abord le terme d'*ostéome* est ici consacré par l'usage pour désigner des productions ostéophytiques qui se développent après les traumatismes. Or, cette désignation est mauvaise ; elle prête à confusion : On la devrait réserver exclusivement aux seuls *néoplasmes* bénins ou malins constitués « par du tissu osseux de nouvelle formation, de cause première encore inconnue mais ni traumatique ni infectieuse, ayant une incessante tendance à s'accroître ». Tout comme les épithéliomes sont des tumeurs vraies formées par du tissu épithélial néoformé, ayant une évolution sans cesse croissante ; tout comme les myomes sont des tumeurs formées par du tissu musculaire de nouvelle formation, ayant tendance à s'accroître de plus en plus. Mais ici vous remarquerez que la tumeur reste stationnaire lorsqu'elle a atteint son complet développement. Bien plus, elle serait même, dit-on, susceptible de régression sous l'influence du massage. En outre elle reconnait une cause nettement définie, un traumatisme. Voici donc toute une série de caractères qu'il est impossible de concilier avec la notion de néoplasme. Retenez donc dès maintenant que, s'il s'agit d'une tumeur, cliniquement parlant, il n'y a pas là tumeur au sens histologique du mot ; il n'y a pas néoplasme vrai.

On a proposé de désigner ces ostéomes sous le titre de « *Exostoses traumatiques* ». On les appelle aussi, « *Ostéomes du brachit antérieur* » parce que ce muscle joue un rôle capital dans leur formation, et parce que c'est entre ses fibres que s'infiltre la végétation osseuse. Toutefois, je dirai plus loin que d'autres muscles de la région paraissent avoir le même privilège. Il me semble que le terme de : « *ostéo* ou de *périostophytose traumatique* » serait un peu meilleur, car il évoquerait la notion pathogénique aujourd'hui la mieux établie, celle d'une ostéogénèse sous-périostée de tout point rapprochable de celle des cals, sauf qu'elle se trouve ici ectopiée loin du squelette, transplantée qu'elle est par la contraction musculaire.

Après une étude détaillée de notre cas, je tenterai de faire une description de ces « ostéophytoses traumatiques », elles n'ont guère donné lieu jusqu'ici qu'à des publications de faits isolés. J'ajoute que je n'envisagerai que les seules ostéophytoses consécutives aux luxations *réduites* des deux os du coude en arrière, les éléments me manquant pour poursuivre cette leçon jusque dans les autres variétés de luxations du coude où elles n'ont pas encore été signalées. Notre malade Mme X..., âgée de 28 ans, dont l'aspect général et la santé paraissent très satisfaisants, se fit, en tombant violemment de sa hauteur sur le coude droit, une luxation nette et franche des deux os de l'avant-bras en arrière. L'accident date maintenant de un mois, mais nous avons pu suivre toutes les phases depuis le surlendemain de la chute. Le diagnostic de luxation put être affirmé malgré l'ecchymose étendue et le gonflement qui déformaient notablement la région. Le lendemain, dans l'après-midi, la luxation fut réduite à l'hôpital, puis le surlendemain matin, la malade nous fut adressée pour des séances de massage. Rien ne nous engageait à soupçonner une fracture articulaire, car l'exploration attentive et individuelle de chacune des extrémités osseuses, ne décelait à la pression aucun point douloureux localisé, aucune crépitation, ou enfoncement appréciable. L'avant-bras fut placé à angle droit dans une écharpe et

chaque matin la séance de massage eut lieu régulièrement ; elle fut faite avec le plus grand soin par M. Fronty. Or, après 15 jours de cette thérapeutique, Mme X... s'inquiéta du peu de résultat obtenu. La mobilité ne revenait nullement, les douleurs persistaient dès qu'on forçait un peu les mouvements. Aussi 8 jours plus tard, en présence d'une aggravation évidente, un examen local fut fait attentivement ; voici ce que je constatai :

La région antérieure du pli du coude est un peu *déformée*. Sur sa face antérieure et interne, les téguments semblent soulevés en masse par une production sous-jacente, qui efface à cet endroit l'extrémité interne du pli de flexion nettement prononcé chez cette malade. L'*attitude* permanente, ou de repos, est celle d'une flexion à angle obtus assez marquée, et si on commande à la malade d'étendre le coude elle n'y peut parvenir pas plus qu'elle ne le peut fléchir. L'ecchymose du début a presque complètement disparu.

Au palper, on ne trouve rien d'anormal en arrière, ni latéralement. Les os sont remis en bonne place, comme en témoigne une exploration des points de repère. Mais en avant, nous sommes de suite frappé par l'existence d'une tuméfaction à caractères très particuliers : cette tumeur *siège* à l'endroit où nous avions déjà remarqué à la vue un soulèvement des téguments, c'est-à-dire sur le versant antéro interne de l'articulation. Elle est de *forme* très étalée, longue et large, de *dimensions* considérables qu'on peut environ apprécier à 6 centimètres dans le sens vertical, 3 centimètres 1/2 dans le sens transversal, et 1 centimètre en épaisseur. Sa *surface* paraît plane et assez régulière, quoiqu'un peu bosselée, mais ses *bords* sont très diffus, mal dessinés ; les limites se perdent insensiblement au sein des parties molles, principalement dans les muscles brachial antérieur et peut-être les muscles épitrochléens.

La notion la plus frappante est tirée de la recherche de la *consistance*. C'est une tumeur extrêmement dure, ligneuse, osseuse, bien que rappelant par place la consistance élastique du cartilage. L'idée vient de suite qu'il s'agit d'une formation nouvelle de tissu osseux.

Les *connexions* de cette plaque osseuse sont profondes. La peau et les enveloppes superficielles sont indépendantes puisqu'on peut les plisser facilement à ce niveau ; mais au-dessous de l'aponévrose, l'adhérence devient intime avec le plan musculaire. Les muscles épitrochléens et surtout le brachial antérieur, semblent envahis par cette coulée ossiforme. Par contre, le squelette huméral paraît libre au moins par places, puisqu'on peut avec une certaine force, insinuer le doigt jusqu'à la face postérieure de la nouvelle formation, en louvoyant un peu. On parvient à provoquer quelques obscurs mouvements de translation de la tumeur dans le sens transversal. L'extrémité inférieure plutôt amincie de cette masse, semble adhérente à l'apophyse coronoïde sur laquelle elle s'implante. Le radius est hors de cause. L'ensemble de la tumeur, déjeté en dedans, est préhuméral, mais surtout *préépitrochléen*. Si l'on presse un peu fort à cet endroit, on détermine de la douleur. La fonction est très gravement compromise : les *mouvements* de flexion et d'extension sont extrêmement diminués. La flexion maxima obtenue en forçant dépasse un peu l'angle droit. L'extension est bien loin de son amplitude normale. Cherche-t-on à exagérer de force ces mouvements, on n'obtient guère plus qu'en commandant la mobilité spontanée. On a la sensation que la flexion est nettement arrêtée par une cale osseuse rigide, par cette plaque que nous venons de décrire. La pronation et la supination sont intactes. J'ajoute en terminant que la recherche de lésions nerveuses est négative, aussi bien dans le domaine du médian, que dans celui du radial et du cubital. Cependant lorsque la malade cherche à exagérer le jeu de son articulation, elle ressent une vive douleur. Pas de troubles de compression vasculaire.

Etant donné que nous nous trouvons en présence d'une formation osseuse, deux *diagnostics* seulement méritent discussion : celui d'une fracture méconnue terminée par cal exubérant, ou celui d'un ostéome.

Mais l'hypothèse d'une *fracture avec cal exubérant* cadre mal avec ce que nous avons observé lors de notre premier examen. La plaque ferait plus nettement corps avec le squelette, même à l'heure actuelle. Il faudrait supposer une fracture verticale en biseau, détachant un vaste pan antérieur ; or, c'est là une variété de fracture bien peu commune au coude. Rien ne rappelle les fractures classiques en T, en V, en Y, ni la sus-condylienne de Malgaigne, ni l'unicondylienne interne, ni la fracture trochléenne de Laugier, ni l'arrachement tubérositaire de l'épitrochlée.

Aussi, je m'arrête sans aucune hésitation à l'hypothèse d'un *ostéome*. La diffusion de la tumeur en coulée dans les muscles, son indépendance partielle du squelette, ses irrégularités, sa disposition étalée, conduisent à ce diagnostic. D'ailleurs, pour avoir des renseignements plus précis, un examen radiographique est nécessaire.

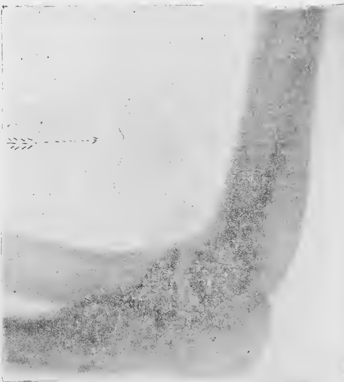


FIG. 15

Voici cette radiographie : le premier fait qui nous déconcerte un peu, c'est que la néoformation nous apparaît comme de *volume* infiniment plus restreint que ce que nous constatons par l'examen clinique. Cependant vous n'en constatez pas moins qu'il y a quelque chose d'anormal, une tache opaque, à contours diffus, de teinte un peu variable.

Une découverte non moins inattendue, c'est que la *forme* radiographique de la tumeur ne rappelle en rien celle que nous avons perçue. Au lieu d'une plaque étalée, que voyons-nous ? une tumeur excessivement vague composée de deux lobes arrondis, reliés ensemble par un col aminci, et de volume différent. Le lobe inférieur, petit, constitue le pied d'insertion. Il mesure les dimensions d'une noisette, et, par sa base élargie, s'implante directement sur l'apophyse coronoïde du cubitus. Le lobe supérieur, beaucoup plus gros, des dimensions d'une très grosse noix, est assez régulièrement cylindrique, mais se termine en haut par une tête trifurquée qui paraît libre au sein des parties molles. L'ensemble de la masse reste très nettement isolé du plan osseux huméral ; un vaste intervalle les sépare, d'autant plus vaste qu'on examine la pièce sur un niveau plus élevé. Nous verrons bientôt l'explication de l'apparente discordance entre les caractères cliniques et les caractères radiographiques. Il est évident qu'avec une production ossiforme de ce genre, le pronostic fonctionnel est très sombre, mais je me hâte d'ajouter que l'avenir de ces malades ne sera plus dans l'avenir ce qu'il était il y a quelques années. Les ankyloses périphériques de cette classe sont du domaine exclusif de la chirurgie opératoire ; il faut les enlever. C'est ce qui doit être fait chez cette malade.

L'*indication* opératoire me semble très nette : Il convient d'extirper l'obstacle. Or, cela se peut faire facilement, car ici cette plaque préépitrochléenne est d'accès facile. Les vaisseaux ne sauraient inquiéter aucunement. S'il se trouve en route quelque récurrente, ou même l'humérale, elle sera liée. Nous n'avons aucun nerf sur la ligne d'attaque ; cependant les plus grandes précautions devront être prises lorsqu'il s'agira de dégager le bord externe de la tumeur, afin d'éviter le nerf médian et ses branches. Il suffit d'être prévenu et de voir bien clair dans le champ opératoire pour éviter cette lourde faute. Et, cette conduite réalisée, il est permis d'espérer, que dans quelques semaines cette malade sera sinon totalement guérie, au moins très sérieusement améliorée au point de vue de la fonction, qui parait irrémédiablement compromise. J'ajoute qu'il s'agit du coude droit, et que cette femme, blanchisseuse de son état, réclame avec raison la plus complète liberté de ses membres supérieurs pour gagner sa vie (1). Voilà autant de considérations qui commandent **l'intervention.**

Si l'on parcourt les traités classiques, on constate qu'au chapitre « Luxation du coude », il est très nettement question de néoformations osseuses qui compliquent les *Luxations anciennes.* Ce sont là productions banales, dont les livres de Jean Cruveilher, de Malgaigne (2), de Lafaurie donnent une parfaite description. La réduction sanglante qui est en si grande faveur depuis quelques années, a permis de les mieux connaître encore. Mais nulle part, il n'est fait mention des ostéomes consécutifs aux *luxations réduites*. Au chapitre des complications, on parle longuement des fractures, des compressions vasculo-nerveuses, des hématomes, mais des ostéomes pas. Il est donc utile d'étudier d'un peu près cette fâcheuse terminaison. Afin de mieux approfondir ce sujet, je laisse systématiquement de côté les ostéomes en général, ceux des muscles deltoïde et adducteurs où ils s'observent souvent, et même ceux du pli du coude, qui reconnaissent une cause autre que la luxation ; tels sont ceux qui suivent un traumatisme un peu violent, une contusion ou entorse de cette articulation. A procéder de si étroite façon, à me fixer strictement à un nombre de faits très restreint, je n'y vois qu'avantage : ainsi se trouveront côte à côte des faits essentiellement comparables, et je crois que les discussions ne se seraient pas si longtemps prolongées sur la pathogénie de cette singulière affection, si l'on n'avait pas cherché à envisager en bloc tous les ostéomes, musculaires ou péri-articulaires de toute région, les différenciant à peine des hernies et des hématomes musculaires. Dans une étude par trop globale, les ostéomes du coude après luxation réduite, qui, de par leur origine même, reconnaissent une cause très spéciale, et un mécanisme nettement défini, sont restés fatalement au second plan. Voilà comment on a erré bien loin pour interpréter leur genèse. En s'en tenant au coude, un rapprochement se serait sans doute présenté à l'esprit et cependant je ne l'ai encore trouvé nulle part exprimé, c'est celui des ostéophytes après luxation réduite et après luxation ancienne. C'est là qu'est la clef de la pathogénie ; nous le verrons bientôt.

Ainsi étroitement limitées, les observations utilisables, c'est-à-dire suffisamment détaillées, d'ostéomes consécutifs aux luxations réduites, sont jusqu'ici fort peu nombreuses : je ne puis en recueillir que 12. Elles suffisent cependant pour montrer les étapes qu'a parcouru cette question depuis vingt ans :

I. *De 1881 à 1893*, l'obscurité est encore si profonde que ces productions sont intitulées : *hématomes ossifiants*. Mais c'est à peine si, dans cette période purement clinique, on ose les qualifier d'osseuses. Il n'est pourtant pas douteux qu'il s'agissait bien d'ostéomes, les descriptions sont si précises qu'on ne peut hésiter à les démarquer pour en faire des ostéomes. C'est l'impression très ferme qu'on retire de la lecture du premier mémoire faisant date dans la question : celui de Charvot (1) 1881, qui a pour titre « étude clinique sur les épanchements du pli du coude ». Dans ce travail nous prenons une seule des observations de l'auteur, les autres étant discutables en tant qu'ostéomes. Dix années plus tard, on en relève deux autres de Ferron (2) portant le même titre.

II. — *Depuis 1893*, les ostéomes consécutifs aux luxations réduites ont été parfaitement étudiés dans leur *structure*. Il fut vite établi, dans cette période anatomo-pathogénique, qu'ils consistaient en une néoproduction d'os vrai. La vérification, faite historiquement par Kiener (1894), ne permet pas de réplique. La *cause* de ces ostéophytes a été fort discutée, mais elle s'est éclaircie peu à peu et ne prête plus guère à contestation. La radiographie est venue singulièrement faciliter l'étude clinique et diriger la main des chirurgiens. La plus importante étude de cette période est celle de Delorme (3) 1894, consacrée aux ostéomes en général. Nous y relevons une observation personnelle, à laquelle s'ajoute

(1) *Nota*. La malade a été reçue à l'hôpital où elle a été opérée. Ayant eu l'occasion de la voir depuis, nous avons pu constater que son état fonctionnel est très peu amélioré, qu'il est impossible de parler de guérison radicale.

(2) MALGAIGNE. Traité des fractures et luxations. — HAMILTON. Traité pratique des fractures et luxations. — PINGAUD. Dictionnaire Delambre, article *coude*. — HELFERICH et P. DELBET, Atlas manuel des fractures et luxations. — Ch. NELATON, traité de chirurgie de DUPLAY — et RECLUS, article *luxation*. — CAHIER. Traité de chirurgie de LE DENTU-DELBET, article *luxation*.

(1) CHARVOT. Etude clinique sur les épanchements du pli du coude. *Revue de chirurgie*, 1881.

(2) FERRON. In thèse de Auregan. Des hématomes musculaires. Thèse de Bordeaux. 1891.

(3) DELORME. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1894.

une autre de Yvert. Vient ensuite l'observation de Nimier (1) 1899, que préparaient déjà les travaux antérieurs de cet auteur sur les ostéomes en général (1893), puis la très intéressante communication de Loison (2), 1899, dont Picqué fut rapporteur, et dans laquelle nous puisons quatre autres cas tous consécutifs à des luxations. En terminant, mentionnons une dernière observation de Reynier (3), ce qui nous donne en tout 12 faits en comptant le nôtre ; à l'exclusion de tous ceux qui sont inutilisables par suite d'une trop grande brièveté de renseignements.

III. — Si la question est déjà fort avancée au point de vue clinique, anatomo-pathologique et pathogénique, elle est par contre bien obscure encore sur le terrain *thérapeutique*. Certes, l'ablation sanglante des ostéomes du coude après luxation réduite a été déjà faite, j'en relève 7 cas. Mais certaines réserves qui figurent au chapitre des indications, ne me paraissent plus de mise. Il est en outre deux points qui n'ont pas encore été étudiés, malgré leur très haut intérêt pratique ; c'est celui de la technique et celui de la valeur réelle du traitement opératoire. En terminant ce travail, je chercherai donc à élargir le champ des *indications* opératoires ; à réviser la *technique*, à apprécier ce que le **chirurgien** peut *promettre* au malade.

La *fréquence* des ostéomes du coude après luxation réduite parait si minime que nos classiques, récents ou anciens, ne disent pas mot de la question. Je crois cependant que c'est là une affection relativement fréquente, et qui le deviendra d'autant plus que l'attention est actuellement attirée sur elle. Ainsi, de 1890 à 1894, je n'en relève que 3 cas ; et, depuis cette époque, j'en trouve 9 cas ; personnellement j'en ai vu 2 cas en moins de six mois.

Ces ostéomes après luxation réduite sont-ils plus fréquents qu'après luxation non réduite ? Non. Il n'est guère en effet de luxation un peu ancienne qui ne s'accompagne d'ostéophytose ; et, en regard de mes 12 cas, je puis dresser une liste d'autres, concernant des luxations anciennes. Ce sont les cas très connus de Cruveilhier, décrits comme « articulation contre nature avec coque osseuse » ; les cas de Malgaigne et Villequin, ceux de Lafaurie et Langlet, de Vallace, d'Ollier, de Simpson, de Lange, et les nombreuses observations où les ostéophytes ont été trouvées préhumérales, rétroépitrochléennes, rétroépicondyliennes, au cours d'une réduction sanglante (4).

Il faut savoir aussi que, parmi les traumatismes du coude, les luxations ne sont pas les seules affections qui se compliquent d'ostéomes. Les entorses et les contusions ont le même privilège. Il est difficile de dire si parmi ces maladies, les luxations sont plus souvent suivies d'ostéomes que les entorses et les contusions. Il semblerait qu'à ce point de vue la fréquence soit à peu près la même (5).

Par contre la luxation du coude paraît plus souvent ostéophytique que celle des autres articulations. Le fait est-il dû à ce que les luxations du coude comptent parmi les plus communes ? ou bien à ce que la disposition en ginglime serrée favorise les larges arrachements ligamento-périostiques ? Avant d'être fixé sur ce point, il faut attendre. On commence à décrire depuis quelque temps des ostéomes périarticulaires dans des régions où ils étaient inconnus. Ainsi récemment, Lejars signalait des ostéomes précoxaux.

Tous ces faits, sans exception, concernent des sujets *jeunes*, à partir de 15 ans (cas de Reynier) jusqu'à 28 ans (cas personnel) ; en moyenne de 18 à 22 ans. Mais c'est là chose commune à tous les ostéomes en général. Il est bien établi qu'ils s'observent plus souvent à l'âge où le périoste est encore en pleine activité. Les jeunes soldats, exposés aux traumatismes, se trouvent dans ces conditions ; aussi c'est presque exclusivement dans le milieu militaire que les premières observations ont été recueillies. Sur 12 cas, 11 sont relatifs à des *hommes*. Seul, le mien fait exception à la règle. Mais il faut tenir compte aussi de cette considération, que de par leurs professions et leurs travaux, les hommes sont plus sujets que les femmes à se luxer le coude.

La *variété* de luxation signalée jusqu'ici est constamment la luxation classique et complète des deux os de l'avant-bras en arrière. Dans un seul cas (de Loison), il y avait eu luxation incomplète en arrière. Je ne sache pas qu'il ait été mentionné d'ostéomes du coude, après réduction de luxations autres que la variété postérieure.

La question du *côté* ne peut être tranchée ; les observations ne donnent pas de renseignements sur ce point. Dans les deux cas que j'ai vus, il s'agissait du côté droit. Il est probable que cette notion étiologique est tout à fait négligeable. Faut-il accuser le *retard* apporté à la réduction ? Non, puisque sur 10 cas, où se trouve consignée la date de réduction, 9 fois la luxation fut réduite immédiatement, ou le lendemain : 1 fois seulement, dans un cas de Loison, la réduction n'eut lieu que le huitième jour. Je crois donc pouvoir avancer qu'on ne saurait rendre responsable de cette complication le chirurgien qui, pour une raison quelconque, n'obtiendrait pas la réduction séance tenante et la remettrait au lendemain.

Dira-t-on que l'ostéome est le fait d'une négligence apportée dans les soins consécutifs à la réduction ? Dira-t-on que l'ostéome est dû à l'absence de massage ? On pourrait en effet tenir le raisonnement suivant : Le massage a pour but de favoriser ou de hâter la résorption de l'épanchement sanguin péri et intraarticulaire. Si on ne fait point de massage, on laisse persister l'épanchement ; or celui-ci est susceptible d'agir comme irritant, comme épine irritative, et de mettre en éveil les cellules ostéogéniques qui chez ces sujets jeunes, ne demandent qu'à proliférer.

Ici encore les faits répondent qu'avec ou sans massage, l'ostéome se produit, quoi qu'on fasse. Je vois en effet dans mon relevé, que 3 fois le massage fut fait régulièrement (observation de Delorme, observation de Loison et cas personnel), et cela dès le début de l'accident. En somme, de cette étude étiologique, deux points seulement ressortent avec netteté : 1° les ostéomes du coude après luxation réduite sont plus fréquents qu'on ne le dit ; 2° Il faut craindre d'autant plus leur apparition qu'il s'agit de sujets plus jeunes.

(A suivre.)

(1) Nimier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1899, p. 824 et 847.

(2) Loison. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1899, p. 847.

(3) Reynier. — Des ostéomes musculaires. *Presse médicale*, 14 juin 1899 et *Thèse de Anze*, Paris 1899.

(4) *Nota.* — Comme exemples d'ostéomes du coude après traumatismes et entorses, je citerai ceux de : Lannelongue, de Bordeaux ; de Delorme, de Loison (3 cas) ; de Brault d'Angers (1 cas) ; de Monod, de Réverdin, de Reynier.

(5) Simonot. — Des ostéomes du brachial antérieur. *Thèse de Paris*, 1899.

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris.

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires**, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un** seul **exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès britannique de la tuberculose

Le Congrès britannique de la tuberculose pour la préservation de la phtisie vient de se tenir à Londres du 22 au 26 juillet sous la présidence du duc de Cambridge. Nous n'énumérerons pas les savants et les philanthropes qui y ont pris part, la liste en serait trop longue. Nous passerons sous silence le faste des réceptions, les cérémonies protocolaires des grandes séances pour jeter un coup d'œil rapide sur l'œuvre générale du Congrès. La communication du professeur R. Koch a fait sensation. Le savant bactériologiste allemand, qui a une si grande autorité en phtisiologie, est venu affirmer qu'il n'admettait guère l'hérédité de la tuberculose, qu'il ne croyait qu'à sa propagation par les crachats, que de nombreuses expériences sur les animaux l'autorisaient « à soutenir que la tuberculose humaine différait de la tuberculose bovine et ne pouvait être transmise au bétail » et il a conclu non sans logique « que la propagation de la tuberculose par le lait ou la chair des animaux était à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire ; que par conséquent il ne croyait pas nécessaire de prendre aucune mesure contre elle. » De telles affirmations dans la bouche d'un savant aussi autorisé n'ont pas été sans provoquer un vif étonnement. M. Nocard, citant quelques expériences de M. Chauveau au sujet de la tuberculose bovine et s'appuyant, à propos de l'infection par le lait, sur les recherches de l'hygiéniste anglais Thorne-Thorne, a mis en doute les affirmations de R. Koch. Un savant vétérinaire anglais, Mac Fadiean, a partagé l'opinion de M. Nocard. Lord Spencer, qui présidait cette séance sensationnelle a émis un avis raisonnable qui a été d'ailleurs adopté par le Congrès : c'est qu'avant de prendre à ce sujet une décision administrative, les gouvernements feraient bien de faire renouveler les expériences de Koch.

Dans une autre séance, M. Brouardel a précisé le programme du Congrès avec son habituelle clarté d'exposition. Après avoir donné au bacille et au crachat leur grande part dans la propagation du fléau, M. Brouardel a appelé l'attention sur les habitations tristes, sombres, trop étroites et mal ventilées où les ouvriers s'entassent et où se forment les foyers de l'infection tuberculeuse. Il a montré l'ouvrier, n'éprouvant pour son foyer que du dégoût, allant passer ses loisirs au cabaret, en revenant alcoolique et partant, une proie toute désignée pour le bacille. Là, nous le croyons bien fermement, est le point capital de la lutte contre la tuberculose, point qui à notre gré n'a pas été examiné avec toute l'importance qu'il comporte.

Cent autres communications intéressantes ont été faites, nous ne pouvons en faire ici même l'énumération. Voici les principales résolutions qui ont été unanimement approuvées : La répression énergique de la détestable coutume de cracher dans les endroits publics ; la nécessité de faire distribuer dans les hôpitaux et les dispensaires des instructions imprimées sur la façon dont les tuberculeux doivent se conduire en insistant sur la nécessité du crachoir individuel ; la déclaration aux autorités des cas de tuberculose ; l'établissement de dispensaires et le sanatoriums de tuberculeux ; l'examen, sur l'ordre des gouvernements, de la théorie de R. Koch au sujet de la propagation par les viandes et le lait ; la création d'une commission internationale permanente de la tuberculose, etc.

Beaucoup de ces résolutions offrent de sérieuses difficultés d'exécution ; il en est même qui nous paraissent vouées à un échec certain et nous semblent d'une utilité contestable ; néanmoins il faut applaudir à ces ligues internationales pour le bien de l'humanité. Dans ces luttes scientifiques et philanthropiques, l'amour-propre national entre en jeu pour améliorer et sauvegarder la vie humaine et non pour la détruire ; souhaitons que là se bornent désormais les compétitions des Etats.

Lors de la clôture du Congrès, M. Félix Voisin, un des délégués français, a rappelé que M. le Président Loubet avait offert l'hospitalité de la France au prochain Congrès de la tuberculose ; ce sera donc à Paris que se tiendra la prochaine session.

J. Noir.

La fermeture de l'hôpital de Djibouti.

Dans notre dernier numéro, nous avons analysé une très intéressante brochure de M. le Dr Vitalien sur l'hôpital de Djibouti (1) et les services importants qu'il avait rendus. Nous ne croyions pas en lisant le rapport du Dr Vitalien que le sort de cet hôpital si nécessaire, fût aussi précaire, et grande a été notre surprise en lisant dans les journaux que, depuis le 15 juin, cet établissement était fermé.

Il serait superflu d'établir, après le Dr Vitalien, de quelle grande utilité est un hôpital français à Djibouti, de quelle influence sur les indigènes pouvait être, dans cette colonie, un établissement de ce genre bien organisé, quels services il pouvait rendre à nos colons et à nos soldats malades avant la dangereuse traversée de la mer Rouge. Les transports de Madagascar, de l'Indo-Chine et du Tonkin qui rapatrient des malades étaient souvent obligés de laisser les plus graves à Djibouti. Déjà, plusieurs de nos soldats auraient été victimes de l'absence d'un établissement pour les recevoir. Il est vrai que l'hôpital de Djibouti était improvisé et dépendait d'une entreprise de travaux publics, qui l'avait primitivement destiné à servir d'ambulance à ses ouvriers malades ; mais le développement qu'on lui avait donné, les services qu'on y avait organisés donnaient à supposer que cet établissement deviendrait permanent. Il serait regrettable que pour quelques milliers de francs, on compromît de nombreuses existences et nous sommes persuadé que l'administration des Colonies ne tardera pas à se convaincre de la lourde faute qu'elle a laissé commettre dans la fermeture de cet hôpital. Espérons qu'elle en comprendra le danger et que l'hôpital de Djibouti s'ouvrira avant peu et continuera de rendre de précieux services au personnel de nos colonies.

J. N.

(1) *Progrès médical*, 27 juillet 1901, page 60.

*

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 juillet. — Présidence de M. Bouchard.

Sérum typhique.

MM. Widal et Le Sourd ont recherché par le procédé de fixation de Bord l'époque d'apparition de la sensibilisatrice dans le sérum de cobayes inoculés sous la peau avec une culture de bacilles typhiques.

Chez 2 animaux, la sensibilisatrice est apparue 5 jours après l'inoculation, en même temps que la réaction agglutinante. Chez un 3e, la sensibilatrice a précédé l'agglutination. Chez un 4e, c'est l'agglutinine qui est apparue la première.

Chez les typhiques soumis à l'observation, la réaction agglutinante et la réaction de fixation ont toujours été manifestes, mais pas dans les premiers jours de la maladie. En clinique, les deux phénomènes peuvent être dissociés. Après 4 mois, chez un jeune convalescent, la réaction agglutinante n'était plus décelable, et la fixation était encore remarquablement nette.

Chez un convalescent de huit jours, après une 3e rechute de fièvre typhoïde, le sérum agglutinant à 1 pour 300, et la réaction de fixation présentaient l'aspect le plus net. Au bout de 10 jours, le malade faisait une 4e rechute à évolution clinique, avec courbe en plateau, hypertrophie splénique, diazoréaction, taches rosées. La réaction de fixation ne saurait donc être considérée comme témoin de l'immunité.

Lécithine.

MM. Claude et Aly Zaky ont étudié l'influence des lécithines cliniquement et expérimentalement chez les tuberculeux. Chez l'homme comme chez l'animal, la lécithine n'entrave pas la tuberculose, mais modifie très heureusement la nutrition du sujet tuberculisé. Le poids augmente, les échanges nutritifs deviennent plus actifs, enfin l'élimination du phosphore diminue considérablement. La lécithine est donc un précieux adjuvant du traitement des tuberculeux.

Bacille de Koch dans les selles des tuberculeux.

M. Anglade (d'Alençon). — La voie rectale est une voie très importante d'élimination du bacille tuberculeux. Quand l'intestin est ulcéré, les bacilles abondent dans les selles des tuberculeux. Chez un tuberculeux dont l'intestin paraît sain, en tous cas qui ne présente aucun des symptômes de tuberculisation intestinale, qui tousse et crache, il y a des bacilles de Koch dans les selles.

Strophantine. — Médecine expérimentale.

M. Maurel. — Chez le lapin, à la suite d'expériences avec la strophantine, l'auteur conclut que :

1° Il serait dangereux de se baser sur les doses gastriques en usage pour passer aux doses hypodermiques en tenant compte des proportions habituelles.

2° La succion des plaies de flèches empoisonnées à la strophantine pourrait être sans grand danger.

3° Cette innocuité de la voie gastrique expliquerait l'innocuité du gibier tué par les flèches empoisonnées.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet (suite.)

Rhumatisme tuberculeux (suite).

M. A. Poncet. — Le second malade est une femme de 45 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire ancienne. Subitement, sans cause connue, elle présente des arthrites aiguës multiples, qui disparaissent bientôt pour donner lieu et place à une ostéo-arthrite fongueuse suppurante de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du médius droit. La désarticulation du doigt est pratiquée et les inoculations faites aux cobayes avec les produits pathologiques de cette articulation sont positives. Il existe, en outre, chez cette malade des craquements dans les articulations autrefois frappées, une arthrite subaiguë de l'articulation tibio-tarsienne droite, et comme si elle devait présenter, en quelque sorte à plaisir, toute la gamme de lésions que l'on peut volontiers qualifier de rhumatismales, on constate une ankylose complète, en flexion presque totale, de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du petit doigt correspondant.

Ici encore, il ne nous paraît point hypothétique de croire à un seul et même agent pathogène, donnant naissance, comme on le voit fréquemment dans d'autres maladies infectieuses, à des réactions différentes des tissus, qu'il est du reste facile d'expliquer.

L'observation III mérite de nous arrêter plus longtemps. Elle offre cette particularité importante que le sujet atteint de rhumatisme tuberculeux est mort à l'hôpital, que son autopsie a permis d'en étudier les diverses lésions, et qu'elle a fourni également matière à des inoculations aux cobayes, inoculations qui ont été positives.

Cette dernière malade est une femme de 63 ans, qui, entrée dans mon service, le 9 mars dernier, y mourait neuf jours après. Elle présentait aux deux sommets des signes de tuberculose pulmonaire avancée. Elle était atteinte d'une ostéo-arthrite fongueuse suppurée du cou-de-pied droit, et dans la plupart des autres articulations des membres, on constatait un reliquat d'accidents inflammatoires anciens. C'est en octobre 1899 que, dans un premier séjour à l'Hôtel-Dieu, pour une toux constante, s'étant accompagnée d'hémoptysies, elle fut prise de douleurs articulaires multiples sans gonflement, puis au mois de juin 1900, elle eut des douleurs, de la tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne droite, qui devait devenir fongueuse et suppurée. En même temps signes d'arthrite dans les articulations des doigts, celles du pouce restant depuis lors déformées, avec subluxation métacarpo-phalangienne.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, on note des craquements, de l'empâtement, de la douleur du côté des diverses articulations primitivement atteintes. L'état général est des plus mauvais et la malade meurt emportée par sa bacillose viscérale.

L'autopsie révèle toute une série de lésions articulaires plus ou moins atténuées, et d'autres plus graves, en particulier du côté de l'articulation tibio-tarsienne, qui est suppurée. Des inoculations faites au cobaye avec des produits recueillis dans l'intérieur de ces articulations furent positives.

Il me paraît inutile de commenter plus longuement de telles observations. Elles établissent les différentes modalités des accidents articulaires d'origine tuberculeuse, que j'ai proposé de grouper sous le nom de : *rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire.*

A propos de la communication de M. Poncet, M. Laveran rappelle divers faits de grandlie articulaire qu'il a autrefois publiés. C'est une véritable tuberculose aiguë des synoviales.

M. Peyrot a observé de son côté des arthrites tuberculeuses précédées d'accidents rappelant le rhumatisme articulaire aigu.

La vaccination.

M. Hervieux signale, en raison de l'épidémie de variole actuelle, la nécessité des revaccinations soit en France, soit dans les colonies.

La douve du foie.

M. Blanchard étudie les lésions spéciales causées par ce parasite fréquent chez les animaux, existant chez l'homme. L'accumulation des parasites dans les canaux biliaires produit une rétention biliaire, une dilatation du canal et une irritation qui aboutit à la formation d'un véritable adénome biliaire. Le tissu conjonctif des espaces portes prolifère, et la

lobulation du foie s'accentue. Il se fait une cirrhose intense à point de départ portobiliaire.

Hérédité des stigmates dystrophiques maxillo-dentaires.

M. Galippe montre que les stigmates dystrophiques maxillo-dentaires (anomalies de forme, de siège, de structure), de degré variable, allant de la striation de l'émail jusqu'à l'érosion grave de la dent, sont héréditaires.

Ils ne sont pas en rapport avec la nature de la cause dystrophiante : qu'il s'agisse de tuberculose, d'alcoolisme, de syphilis, de saturnisme, le résultat est le même.

Séance du 30 juillet.

Les moustiques à Paris.

M. Blanchard signale la présence du moustique palustre à Chantilly. Ce moustique, décrit pour la première fois dans les ruisseaux du faubourg Saint-Jacques, semble aujourd'hui disparu de Paris. Mais les moustiques n'en sont pas moins très gênants. Leur rôle dans la transmission de la lèpre est démontrée. Aussi M. Blanchard propose-t-il les conclusions suivantes adoptées à l'unanimité : Il serait bon que l'Académie demande aux pouvoirs publics : 1° la publication d'une brochure destinée à avertir les particuliers des dangers possibles des moustiques et à leur indiquer les moyens de s'en débarrasser ; 2° de prendre des mesures pour détruire les larves de moustiques dans les étangs, bassins et pièces d'eau appartenant à l'État ou aux administrations.

MM. Chantemesse et Hallopeau insistent sur le rôle des moustiques dans la transmission de la lèpre.

Intoxication par l'aniline.

M. Landouzy signale un nouveau fait dû à M. Lop, de Marseille. Une teinture pour vernir les chaussures détermina des accidents toxiques sérieux.

Méningite cérébrospinale.

M. Bousquet, d'Alger, au moyen d'expériences sur le cobaye, a démontré la pénétration possible du méningocoque par les fosses nasales.

Traitement de la chorée par l'immobilisation.

M. A. Robin étudie ce traitement dû à M. Huyghe, de Lille. On chloroformise le choréique, mais d'une façon incomplète, l'anesthésie n'étant même pas recherchée, puis un massage vigoureux est opéré sur les membres atteints : le massage terminé, et toujours sous chloroforme, les membres sont placés dans des gouttières et immobilisés durant cinq à six jours, puis le pansement enlevé. S'il persiste quelques mouvements, si minimes soient-ils, nouvelle intervention et immobilisation. Diverses chorées furent traités de la sorte : chorées arythmiques, hystériques, chorées chez des rhumatisants et anciens rhumatisants, chorée gravidique, chorée hystérique franche. Jusqu'ici on n'a pas eu à noter d'insuccès.

Selon l'auteur, la guérison tient à l'autosuggestion. Le malade ne voit plus ses membres, il oublie donc de bouger, de là le soin de replacer les malades en gouttières lors de la persistance des mouvements, de façon à en empêcher la rééducation.

La médication est inoffensive et peut être appliquée dans tous les cas et dans tous les milieux.

Vacances.

La Commission permanente continuant à siéger pendant les vacances de l'Académie est composée de la façon suivante : Les membres du bureau, auxquels sont adjoints MM. Troisier, Chauvel, Hallopeau, Ribemont-Dessaignes, Motet, Pouchet, Mégnin, Caventou, Le Roy de Méricourt. Elle se réunira tous les mardis à 3 heures. A. E. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juillet.

De la dégénérescence fibro-cancéreuse de la thyroïde.

M. Poncet (de Lyon). — On observe fréquemment la dégénérescence cancéreuse de la thyroïde dans la région lyonnaise. J'en ai recueilli 150 à 160 observations. Cette dégénérescence est rarement primitive. La plupart du temps elle succède à un goitre méconnu ou non et atteint de préférence les sujets de 40 à 60 ans. On l'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme. Elle se développe ordinairement dans les conditions suivantes : depuis un temps variable, le malade est porteur d'un goître ; brusquement, la tumeur se met à grossir, devient douloureuse, quelques ganglions apparaissent et l'état général décline. On peut affirmer, dès lors, qu'on a affaire à un cancer qui peut se manifester sous différentes formes : molle, dure, bosselée, pierreuse, ossiforme. La forme ligneuse n'est connue que depuis quelques années. Ce sont les auteurs allemands qui l'ont décrite les premiers sous le nom d'inflammation chronique ressemblant à du cancer. Depuis cette époque, j'ai vu quatre cas de cancer affectant la forme ligneuse. Trois fois je suis intervenu. Dans le premier, chez un homme de soixante ans, il s'agissait d'un cancer médian, dur, osseux, ayant grossi rapidement et provoquant quelques troubles fonctionnels ; dans le second, il s'agissait d'une femme de trente et un ans. La tumeur avait succédé à un goitre datant de dix-sept ans, occupait le côté droit. Je l'ai extirpée et au microscope on a reconnu sa nature cancéreuse avec prédominance de l'élément fibreux. Le troisième cas a trait à un homme de soixante-trois ans dont la tumeur n'avait commencé à paraître que trois ans auparavant : puis tout à coup elle avait augmenté de volume et des accès de suffocation s'étaient montrés.

J'ai constaté à droite une tumeur dure, aplatie, remontant haut et plongeant sous le sternum. Un peu de déviation de la trachée avec accès de suffocation et une gêne de la circulation veineuse de la paroi thoracique étaient observés. Je l'ai enlevée : les muscles étaient envahis par la dégénérescence, qui formait un plastron dur ayant englobé tous les tissus, sauf le paquet vasculo-nerveux et adhérent fortement à la trachée. J'ai pu, néanmoins, enlever toute la masse ; mais le malade a succombé à des accidents d'œdème et de thrombose. L'examen histologique a décelé la présence d'éléments épithéliaux ayant servi de points de départ à ce néoplasme d'apparence fibreuse. Lorsqu'on a affaire à cette forme squirrheuse qui peut être confondue avec la thyroïdite chronique, j'estime, le diagnostic bien établi, qu'il vaut mieux s'abstenir de toute intervention, car le pronostic est mauvais.

Rupture traumatique extra-péritonéale de la vessie.

M. Chauvel lit l'observation adressée par M. Dubujadoux. Il s'agit d'un jeune soldat qui, à la suite d'un traumatisme abdominal, fut pris de douleurs, de vomissements et de rétention d'urine pendant onze heures. Le cathétérisme permit de retirer de l'urine sanguinolente. La laparotomie ayant été refusée, une sonde fut placée à demeure. Les accidents disparurent au bout de quelques jours.

Quatre observations d'amputation sous-astragalienne.

M. Chauvel lit la conclusion du mémoire de M. Dubujadoux. C'est l'affirmation de l'excellence de l'amputation sous-astragalienne. Des photographies reproduisent l'aspect des moignons, qui est parfait. Les opérés suivis marchent bien.

M. Delorme rapporte une observation dans laquelle l'amputation sous-astragalienne a donné d'excellents résultats. Il s'agissait d'une tumeur de l'avant-pied.

M. Bazy rapporte une observation de M. Spartali, de Smyrne. Il s'agit d'un cas de fistule vésico-vaginale traitée par la méthode de dédoublement.

M. Charrier rapporte une note sur la stérilisation des

sondes en gomme à l'aide de solutions de chlorate de potasse, de chlorure de sodium et de sulfate de soude.

M. Routier présente un malade chez lequel il a pratiqué la laparotomie pour rupture du rein.

M. Chaput présente une malade opérée d'un sarcome de l'épaule d'après un procédé nouveau. Laurens.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juillet 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Zona métamérique du membre inférieur.

MM. Widal et Le Sourd ont observé un zona métamérique du membre inférieur droit. Les vésicules s'étendaient du creux proplité à la région lombaire. Des vésicules aberrantes existaient au niveau de la région dorsale et de la région sous-maxillaire droite. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien démontra l'existence de lymphocytes. M. Widal attribue ce zona à une irritation de la piemère et pense que le cytodiagnostic permettra de préciser le point de départ des zonas. Des injections épidurales de cocaïne, selon la méthode de Sicard, répétées, ont donné de bons résultats et n'ont pas eu le moindre inconvénient.

Lésion de la queue de cheval et du cône terminal.

M. E. de Massary présente un malade de 39 ans, souffrant depuis un an d'une affection dont les principaux symptômes sont d'une part, des douleurs pseudo-névralgiques dans les deux membres inférieurs, une atrophie considérable des muscles de ces régions, une diminution des réflexes du tendon rotulien, du tendon d'Achille, une suppression du réflexe cutané plantaire ; d'autre part, une incontinence des urines et des matières fécales, une anesthésie des muqueuses de l'urèthre et du rectum, une hypoesthésie du scrotum, du pénis et du périnée, une abolition des fonctions génitales. De ces deux ordres de symptômes, les premiers éveillent l'hypothèse d'une lésion intéressant les 3e, 4e et 5e racines lombaires et les 1re et 2e racines sacrées ; les seconds affirment l'existence d'une lésion purement médullaire siégeant sur le cône terminal. Or, une lésion devant intéresser à la fois les racines énumérées et le cône terminal ne peut être qu'à la hauteur du corps de la 2e vertèbre lombaire : c'est donc à ce niveau que doit se trouver selon toute vraisemblance la lésion tenant sous sa dépendance la symptomatologie observée. Quant à la nature de cette lésion, elle est impossible à préciser : le malade n'est ni syphilitique, ni tuberculeux, il fit une chute sur le sacrum un mois avant le début des premiers symptômes, cet accident a dû jouer un rôle important. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien pratiqué par M. Carton, interne du service de M. Troisier, ne donna que des résultats négatifs. Un simple traitement médical : électricité, administration de strychnine pourra peut-être procurer une amélioration, sinon la question d'une intervention chirurgicale devra se poser.

M. Widal, au nom de M. Courmont, fait une communication sur *la formule leucocytaire dans la variole.*

Paralysie faciale congénitale.

MM. Marfan et Armand Delille rapportent l'observation d'un nouveau-né atteint de paralysie faciale congénitale périphérique. Cette enfant, à hérédité nerveuse très chargée, née à 8 mois, allaitée au biberon, fut à trois mois 1/2 atteinte de dyspepsie gastro-intestinale, portée à l'hôpital. L'enfant avait une paralysie faciale complète du côté droit et une malformation du pavillon de l'oreille du côté droit. Le canal auditif externe était rudimentaire, la caisse du tympan ne paraissait pas exister.

L'enfant mourut. M. Tranon examina le rocher, il n'y avait pas trace de l'oreille interne. Le cerveau paraissait normal. Les origines du facial existaient mais ce nerf atrophié disparaissait très rapidement. Les noyaux bulbo-protubérantiels étaient atrophiés du côté droit.

M. Comby a observé trois cas de paralysie faciale congénitale qui n'étaient pas d'origine obstétricale. Ces cas sont assez fréquents. Les uns tiennent à un arrêt de développement, les autres résultent de lésions congénitales des centres nerveux du facial.

Rein amyloïde chez un tuberculeux.

MM. Hirtz et Salomon apportent à l'appui de l'opinion de M. Brault un fait démontrant que le rein amyloïde est fréquent chez les tuberculeux et que, contre l'opinion de M. Landouzy, la néphrite parenchymateuse est rare dans la tuberculose.

Anurie dans la pneumonie.

MM. Gilbert et Caussade signalent un cas d'anurie chez un pneumonique qui mourut d'urémie. Les reins étaient très gros, l'examen microscopique des reins permet de constater dans les tubuli des exsudats sanguins et de véritables cylindres sanguins dans les tubes collecteurs du rein.

Syndrome spécial à l'hémorragie méningée.

M. Touche attire l'attention sur un syndrome donnant une présomption de l'hémorragie méningée : rythme de Cheyne-Stockes, convulsions épileptiformes survenant avec l'accélération du rythme respiratoire et se calmant avec lui.

J. N.

REVUE ANALYTIQUE

DES TRAVAUX RÉCENTS SUR L'ALLAITEMENT

Par le **Dr Henri de ROTHSCHILD**.

(Suite et fin).

—

III

Les « gouttes de lait », dont G. Lefillâtre s'occupe dans sa thèse inaugurale, ont été créées pour remédier aux méfaits de l'allaitement artificiel, qui ne saurait être supprimé dans bien des cas. La première œuvre de ce genre est due à l'intelligente initiative du Dr Léon Dufour, qui fonda la première « Goutte de lait » à Fécamp en 1894 ; les résultats ont été excellents. Fournir aux mères de famille qui ne peuvent allaiter leurs enfants du lait de bonne qualité, maternisé et stérilisé, le donner gratuitement aux plus pauvres, en y adjoignant les conseils indispensables sur l'alimentation des nourrissons, tel était le but de cette œuvre de protection de l'enfance. C'est d'après les mêmes principes qu'a été fondée la « Goutte de lait » du Havre : l'honneur de cette entreprise revient au Dr Caron. — Deux fois par jour, le lait est apporté d'une ferme de Montivilliers : sa fraîcheur est toujours vérifiée. On le maternise et on le stérilise avant de le distribuer aux mères. La provision de lait pour les 24 heures est répartie en 9 flacons. On remet en même temps deux tétines, dont l'une doit toujours être rapportée avec le panier contenant les bouteilles vides. La tétine est lavée, stérilisée et remise avec le panier plein.

La distribution du lait a lieu deux fois par jour : dans la matinée et vers la fin de l'après-midi. Les nourrissons assistés sont groupés en trois sections : 1° une *section gratuite*, comprenant les enfants des indigents, pour lesquels on perçoit 0.10 centimes par panier remis : 2° une *section demi-payante*, celle des enfants des ouvriers aisés : elle reçoit les paniers contre la somme de 0.30 centimes : 3° la *section payante* ou de la classe bourgeoise, dont les adhérents, encore trop peu nombreux, doivent payer, suivant la situation sociale des parents, les sommes de 75 centimes ou 1 franc par panier. Le nombre des adhérents de la première section est limité suivant les ressources de l'œuvre. Aux services de la distribution du lait est annexée une consultation médicale, destinée au contrôle des nourrissons et à la constatation des progrès accomplis. L'enfant dont on sollicite l'admission à la « Goutte de lait » est présenté à cette consultation ; le mé-

decin-directeur doit engager la mère à pratiquer l'allaitement naturel, discuter les raisons qui peuvent le faire abandonner ou tâcher d'obtenir l'allaitement mixte. Lorsqu'il est établi que la mère ne peut allaiter son enfant pour des raisons sérieuses, ce dernier est admis à la « Goutte de lait ». Il est inscrit, et on remet à la famille un livret sur lequel se trouvent notés d'excellents conseils sur les soins à donner aux enfants du premier âge. Toutes les pesées, pratiquées régulièrement, sont inscrites sur le livret individuel. Cette œuvre fonctionne depuis deux ans, et elle a déjà donné des résultats satisfaisants. Il est à souhaiter qu'elle prenne de l'extension dans une grande ville comme le Havre. L'œuvre du Dr Dufour, de Fécamp, a d'ailleurs déjà trouvé de nombreux imitateurs en France et à l'étranger : son utilité sociale et ses bienfaits sont indiscutables. Elle constitue, pour l'avenir, une arme puissante et efficace pour lutter contre la mortalité infantile, résultant le plus fréquemment de la diarrhée due à l'alimentation défectueuse, et pour prévenir les tares consécutives.

IV

Dans sa thèse inaugurale, F. Ducourneau expose les moyens auxquels le médecin peut et doit recourir pour combattre la dépopulation en France. Pour lui, ils consistent à diminuer la mortalité infantile en conseillant l'allaitement maternel partout où il est possible et en la favorisant par des secours en argent ou en bons de lait stérilisé à attribuer aux mères qui sont pauvres ou qui n'ont pas assez de lait.

Pour réduire la léthalité infantile, il convient ensuite de faire connaître aux mères les notions d'hygiène infantile indispensables, soit par le moyen de brochures répandues à profusion, soit par des instructions fournies verbalement dans les consultations de cliniques. Il faudrait, en troisième lieu, multiplier les refuges, trop rares encore, pour les femmes nouvellement accouchées et surtout pour les filles-mères : augmenter également le nombre des crèches, qui rendent de si incontestables services, lorsqu'elles présentent toutes les conditions d'hygiène requises.

Enfin, dans les usines et manufactures, on devrait réserver un local où les enfants seraient gardés pendant les heures de travail de leurs mères : les frais d'installation et d'entretien de ces crèches industrielles seraient largement compensés par les services qu'elles rendraient au point de vue du sauvetage de l'enfance.

V

Ces mêmes questions se rattachant aux causes de la dépopulation en France et aux moyens de les combattre sont traitées plus largement dans l'ouvrage bien documenté de M.P. Strauss. Ecrit à un point de vue général, ce livre intéresse à un titre égal le législateur, l'économiste, le médecin et le philanthrope. « Les deux facteurs de mort et de dégénérescence sont indubitablement la misère et l'ignorance. L'hygiène et l'education d'une part, l'assistance et la prévoyance de l'autre, tels sont les instruments de sauvegarde et de défense à employer. »

L'auteur part de là pour s'occuper successivement de la nécessité d'une hospitalité secrète à accordé aux enfants d'origine mystérieuse en danger d'abandon ou de mort : des secours d'allaitement à allouer aux mères nécessiteuses, des asiles pour femmes enceintes misérables, qu'il faudrait multiplier et qui constitueraient des lieux de puériculture en même temps que des stations de relèvement et de sauvetage moral ; ensuite de l'assistance maternelle à domicile : du travail des femmes enceintes et du repos auxquelles elles devraient avoir droit pendant la dernière période de grossesse et après l'accouchement : de la consultation de nourrissons, avec sa distribution annexe de lait stérilisé : de la mortalité infantile dans la classe pauvre, plus élevée que dans la classe moyenne, parce que l'allaitement artificiel, avec du lait de vache insalubre, y est plus fréquent : du lait stérilisé et des sacrifices et des efforts faits par diverses notabilités médicales pour le fournir à bon marché et le rendre par là plus abordable à la classe pauvre ; des dispensaires d'enfants secourus ; des nourrices et des enfants assistés : de la nécessité de créer une *Maison de l'enfance*, où seraient centralisées toutes les plaintes, où l'Assistance publique et la bienfaisance privée prendraient contact, où des renseignements seraient donnés à toutes les mères qui en auraient besoin ; de l'opportunité d'une loi obligeant les familles à produire tous les deux mois un certificat médical constatant que l'enfant de 0 à 1 an est soigné conformément aux règles de l'hygiène : du patronage des enfants en bas âge et des crèches, enfin de la valeur de la loi Roussel au point de vue de la diminution de la mortalité des enfants mis en nourrice.

VI

Dans son opuscule : « Les principes de l'alimentation du nourrisson », Sommer défend cette thèse que la pratique de l'allaitement artificiel doit se régler sur les conditions dans lesquelles s'effectue l'allaitement naturel et qu'il faut connaître celle-ci pour réussir dans celle-là. Il examine tout d'abord ce que prend le nourrisson au sein : la composition du lait de femme, sa pureté au point de vue bactériologique, les variations que subissent certains de ses éléments dans le cours de la lactation, la différence qu'il présente au commencement et à la fin de la tétée, les substances nutritives ou médicamenteuses qui peuvent y passer et le modifier, enfin les altérations que les troubles psychiques ou une nouvelle grossesse sont susceptibles d'y provoquer. Il étudie ensuite le mécanisme de la succion, la capacité et la dilatabilité de l'estomac infantile, puis l'utilisation des matières nutritives du lait de femme (albumine, lactose, caséine, sels solubles) que Heubner et Rubner estiment à 91,6 %.

Il passe ensuite à l'étude du lait de vache employé dans l'allaitement artificiel. Il doit provenir de bêtes saines, nourries exclusivement avec du fourrage sec ou frais, avoir été obtenu d'une manière aseptique et être exempt de microbes. On remédie à l'infection bactérienne possible par la pasteurisation, la stérilisation ou l'ébullition. Quant à la différence qui existe entre le lait de vache et le lait de femme, on la comble en modifiant le dosage des divers éléments constitutifs du premier, de manière à le rendre sensiblement pareil au second. Ces modifications ont pour but de fournir au nourrisson un aliment d'une digestion, d'une assimilation et d'une valeur nutritive à peu près identiques à celles que présente l'aliment naturel. Plus tard, quand l'estomac de l'enfant est habitué à l'alimentation artificielle, elles peuvent être réduites au minimum et même être supprimées. Il ne suffit cependant pas de donner au nourrisson un lait d'une valeur nutritive pour ainsi dire équivalente à celle du lait maternel, il faut encore veiller à ce qu'il lui soit administré par doses égales à celles des tétées prises au sein et correspondant à la capacité de l'estomac. En somme, le but de l'allaitement artificiel est donc de pourvoir au besoin physiologique du nourrison avec une quantité minimale d'un lait de vache présentant la composition la plus favorable au développement de l'enfant.

VII

Si les laits modifiés suivant telle ou telle formule constituaient réellement un succédané du lait de femme, il faudrait, dit Oppenheimer, que leur emploi chez le nourrisson, bien portant ou malade, donnât les mêmes résultats que l'allaitement naturel. Or, ceux qu'on a obtenus jusqu'à présent sont des plus contradictoires. L'auteur a eu l'idée d'expérimenter, pendant un mois, le lait de vache pur, non écrémé, dans l'alimentation de trois groupes de nourrissons. Dans le premier groupe, composé de 11 enfants bien portants, l'augmentation du poids a été de 25 gr. par jour ; dans le second, comportant 36 enfants atteints de gastro-entérite, elle a été de 23 gr. par jour ; dans le troisième, 4 sur 11 enfants atrophiques ont bien profité du régime. La constipation chronique n'a été observée que dans un cas. L'auteur estime qu'on ne saurait élever d'objections sérieuses contre l'allaitement avec le lait de vache pur, non écrémé, d'autant qu'il est aujourd'hui démontré que l'utilisation de la caséine dans le canal intes-

tinal du nourrisson est bien plus considérable qu'on ne l'a cru et que les sels s'assimilent mieux quand le lait est administré à l'état naturel. De plus, les nourrissons soumis à l'alimentation en question ont le pannicule adipeux aussi bien développé et les muscles aussi fermes que les nourrissons au sein, ce qui n'est pas le cas des enfants nourris avec du lait modifié. En terminant son travail, qui d'ailleurs est illustré de nombreux graphiques, l'auteur exprime le vœu que ses expériences soient reprises et contrôlées sur les bases suivantes : 1) Le premier jour, on donne du lait coupé de moitié d'eau ; on diminue ensuite tous les deux jours la quantité d'eau de 100 gr. et on augmente celle du lait dans la même proportion. 2) La ration quotidienne ne doit pas dépasser 500 gr. le premier mois. 3) Les tétées ne doivent pas excéder le nombre de 8 dans la deuxième et la troisième semaines, de 7 entre le deuxième et le cinquième mois, de 5 ou 6, dans la suite.

Tant que l'on ne sera pas en mesure de nourrir les enfants avec du lait de vache cru, exempt de germes pathogènes et autres, on devra considérer le lait pur, non écrémé, *pasteurisé*, comme l'aliment qui convient le mieux aux nourrissons élevés au biberon.

VIII

L'augmentation du poids chez le nourrisson allaité au biberon, avec un lait d'un dosage toujours égal, est sujette à de grandes variations, et les troubles gastro-intestinaux sont fréquents chez lui. De pareils troubles, bien que légers, s'observent parfois aussi chez le nourrisson au sein, bien portant au reste et se développant avec une très grande régularité. Ils se manifestent par des selles qui, au lieu d'être uniformément jaunes, liées, de consistance égale, sont irrégulièrement colorées, hachées ou aqueuses. Ils s'accompagnent souvent d'interruption du sommeil, de vomissements de petites quantités de lait, pendant ou après la tétée, de cris persistants, de malaise traduit par l'agitation des membres, tous symptômes qui disparaissent complètement au bout de quelques jours. K. Gregon s'est proposé de rechercher quelle pouvait être la cause de ces troubles, que les uns voient dans les variations des divers éléments du lait, les autres dans la constitution anormale du liquide sécrété. Pour lui, elle résiderait dans les variations *quotidiennes* de la teneur en matières grasses, de beaucoup les plus considérables de tous des autres éléments constitutifs du lait de femme. La méthode employée par lui pour arriver à déterminer exactement le dosage de la matière grasse du lait des deux seins différait de celle de Schlossmann et d'autres par ce qu'elle consistait à interrompre la tétée 4 fois pour recueillir des échantillons sur le sein et ensuite à prélever dans l'estomac du nourrisson une portion du lait absorbé. L'auteur considère cette méthode comme la seule qui soit susceptible de fournir à la question des réponses précises. Des observations qu'il a faites sur trois nourrissons sains, venus à termes, il résulte que les selles « dyspeptiques » coïncident avec les périodes de forte réduction du taux de la matière grasse, et les dépasse même un peu ; que, dans celles où le lait est riche en matières grasses, les selles « normales » prédominent ; que les fortes variations constatées n'ont pas d'influence appreciable sur la régularité avec laquelle le poids s'accroît, enfin que la dose de liquide absorbée à chaque tétée est plus réduite dans les périodes où le taux de la matière grasse du lait est plus élevé. Les observations qui ont porté sur 2 nourrissons au biberon, qui, étant devenus malades, avaient été mis au sein, établissent que le lait de femme exerce une influence nettement favorable sur la fonction intestinale : que les selles, au bout d'une semaine d'alimentation au sein, redeviennent normales, mais que le nourrisson lui-même ne grossit pas aussi régulièrement que l'enfant qui a toujours été au sein.

La forme des selles volumineuses, homogènes, par lesquelles le nourrisson malade élimine une quantité notable de matière grasse, nous la retrouvons chez le nourrisson bien portant, notamment aux périodes où le lait présente une teneur en matière grasse supérieure à la moyenne. D'où l'on peut conclure que l'un et l'autre ne rendent dans leurs fèces que la quantité de matière qui excède leur pouvoir d'absorption respectif. Il n'y a pas lieu, suivant Gregor, de recourir à l'intervention thérapeutique dans les cas où un nourrisson au sein, qui augmente de poids régulièrement, a, en l'absence d'autres symptômes inquiétants, des selles moins homogènes que d'ordinaire. L'auteur regrette que l'analyse chimique du lait de femme, telle que certains traités recommandent de la pratiquer, soit loin d'être scientifique et qu'elle ait été, jusqu'à présent, impuissante à nous fixer sur les variations quotidiennes exactes de la teneur en matière grasse du lait de femme.

IX

Cramer s'est proposé de rechercher quels sont les facteurs diététiques et mécaniques qui concourent au succès de l'allaitement. Quelle est la quantité d'aliment physiologique nécessaire au nourrisson sain, venu à terme ? Quand doit-on lui donner à téter la première fois ? Quelle quantité de lait doit-il prendre à chaque tétée ? En quelle proportion doit-elle aller s'augmentant ? Quel est le travail de succion du nourrisson au sein et du nourrisson au biberon ? Quelle différence ce travail présente-t-il dans les deux modes d'allaitement, naturel et artificiel ? Pour élucider les premières de ces questions, l'auteur a fait des expériences d'alimentation sur un nourrisson au sein et sur quatre enfants nourris avec du lait de vache coupé de deux tiers d'eau et additionné de sucre de lait. Il en résulte que le meilleur mode d'allaitement artificiel est celui où la dose d'aliment la plus réduite possible assure la plus grande augmentation de poids possible. L'utilisation de l'aliment ingéré est, au point de vue de l'accroissement du poids, de 17.10 % dans l'allaitement au sein et de 18,92 % dans l'allaitement artificiel, quand la quantité physiologique n'est pas dépassée. Les chiffres ci-dessus peuvent être considérés comme exprimant les quotients nutritifs physiologiques. Ils tombent dès que la dose est inférieure ou supérieure à la dose physiologique. Les mauvais résultats qui ont été obtenus dans l'allaitement artificiel ont toujours été attribués à la difficulté de digérer la caséine du lait de vache. Heubner et Keller ont démontré que les matières albuminoïdes du lait de vache, quand elles sont administrées en quantités égales à celles absorbées par le nourrisson au sein, se digèrent et s'assimilent très bien. Ce qui importe au succès de l'allaitement artificiel, ce n'est pas le degré de coupage du lait de vache, mais la quantité absolue qu'on en donne au nourrisson. Celle-ci doit toujours être en rapport avec la capacité de l'estomac de l'enfant. C'est là un principe qui s'applique surtout à l'allaitement artificiel. Faute d'en tenir compte, on risque de faire passer dans l'intestin l'excédent du liquide ingéré, de provoquer une dilatation de l'estomac ou même une paralysie complète de ses parois. L'intervalle entre deux tétées doit être de 3 heures. Quant à la question de savoir quand on doit commencer à nourrir le nouveau-né, l'auteur nous conseille de nous conformer encore ici aux conditions naturelles : le nouveau-né, venu à terme, peut ne recevoir le sein la première fois qu'au bout de 24 à 36 heures, sans aucun préjudice pour sa santé, et les doses de lait peuvent être singulièrement petites et les intervalles des tétées très longs. Pour bien juger de l'état de santé du nourrisson, il importe de tenir compte de la qualité et de la fréquence des selles. Il n'est pas exact que le nouveau-né doive avoir, comme le prétendent certains autres, 3 ou 4 selles par jour. Quand leur nombre dépasse 2, exceptionnellement 3, il est symptomatique d'une affection. Pour prendre sa nourriture, le nourrisson a besoin d'une force d'aspiration qui ne peut être produite que par une série de mouvements de succion successifs correspondant à la pression négative nécessaire pour tirer le lait du sein. La compression de l'aréole et l'expression du lait n'ont, dans l'acte de succion, qu'une importance secondaire. La sortie du lait est facile ou difficile, non pas suivant le degré de pression qui serait nécessaire pour vaincre la tonicité des muscles du mamelon ; elle dépend essentiellement

de l'état de plénitude du sein. Les enfants nés avant terme ont, au début, une force d'aspiration inférieure à celle des enfants venus à terme et qui est en raison de leur faible irritabilité réflexe : ils boivent mieux au fur et à mesure que celle-ci se développe davantage. La force d'aspiration dépensée par le nourrisson au sein est de beaucoup supérieure à celle de l'enfant au biberon : elle peut être de 50 à 100 fois plus grande. La difficulté d'aspirer le lait étant plus considérable chez le premier, il s'ensuit que la durée de sa tétée est plus longue que chez le second. La différence que présente la dépense de force chez l'un et chez l'autre n'est pas sans influer sur les échanges respectifs ; elle fait comprendre pourquoi, après avoir tété, le nourrisson au sein s'endort, tandis que le nourrisson au biberon crie : le premier est fatigué, le second ne l'est pas.

X

Le problème de l'allaitement paraît, depuis quelque temps, hautement préoccuper le monde médical italien. Nous ne voulons comme preuve que les ouvrages publiés en 1900, coup sur coup, par L. Colombo, Jemma et Valvassori-Peroni, sans compter les « Actes du premier Congrès national pour l'hygiène de l'allaitement mercenaire ».

L'ouvrage de L. Colombo s'occupe exclusivement de l'alimentation, naturelle ou artificielle, du nourrisson. L'auteur y étudie la mortalité des enfants par rapport au mode d'alimentation auquel ils sont soumis, les organes digestifs, le lait et les modifications que la digestion lui fait subir, les avantages du lait maternel, l'allaitement mercenaire, l'allaitement artificiel, les succédanés du lait, l'alimentation après le sevrage. Ce livre de 227 pages, qui est un résumé consciencieux des travaux des plus récents sur les diverses questions dont il traite, se termine par un appendice en tableaux donnant, d'après les auteurs allemands, la composition analytique des laits de femme, de vache et de différents laits modifiés.

L'ouvrage de C. Valvassori-Peroni : « Comment dois-je élever et soigner mon enfant? » s'ouvre par une introduction de Lino Ferriani sur « L'éducation morale de l'enfant ». Il est divisé en quatre parties, dont la première est consacrée à l'anatomie et la physiologie de l'enfant, la deuxième à l'alimentation et plus spécialement aux divers modes d'allaitement et à tout ce qui s'y rapporte, la troisième à l'hygiène de l'enfance, enfin la quatrième à la médecine et aux maladies infantiles. Il s'adresse aux mères de famille aussi bien qu'aux médecins ; aussi est-il écrit d'une manière claire et simple, comme doivent l'être les ouvrages de vulgarisation.

Il y a trois ans, Valvassori-Peroni a publié le premier ouvrage italien qui ait été exclusivement consacré à l'étude de l'allaitement artificiel. L'année dernière, Jemma nous en a donné un autre sur le même sujet, mis au point des doctrines qui prévalent en ce moment. La publication en a coïncidé avec celle des « Actes du premier Congrès national (italien) pour l'hygiène de l'allaitement mercenaire », tenu à Milan, du 9 au 10 avril 1899, à l'occasion de l'exposition d'hygiène infantile qui eut lieu dans la même ville du mois d'avril au mois de mai 1899. Les différents mémoires qui ont été lus à ce Congrès et parmi lesquels nous citerons ceux de V. Massini sur les modes d'allaitement, de Valvassori-Peroni sur le choix de la nourrice, de F. Pestolozza sur l'hygiène de l'allaitement mercenaire dans les communes rurales, de E. Modigliani sur la loi Roussel et l'école des mères, de P. Pennato sur les résultats de l'allaitement artificiel à l'asile d'Udine, de G. Gelli et F. Gelli sur les divers modes d'allaitement, d'A. Guelmi sur la surveillance des enfants mis en nourrice : ces mémoires et d'autres se rapportant au même sujet ont été réunis par le professeur V. Colombo dans un volume dont ils occupent environ 150 pages et qui a pour titre général : *L'allaitement mercenaire et le sauvetage de l'enfance.*

Signalons enfin un opuscule de J. E. Winters : *L'allaitement. Guide pour la modification du lait à domicile.* L'auteur y expose, comme le titre l'indique, les conditions dans lesquelles doit se faire l'allaitement artificiel, les différents moyens de modifier le lait de vache pour le rendre aussi assimilable et aussi profitable que le lait de femme. Pour lui, qui est Américain, c'est le Dr A. J. Meigs, de Philadelphie, qui, en 1882, a découvert la composition exacte du lait de femme. Pour que la substitution du lait de vache au lait de femme donne les résultats voulus : il faut 1° que le lait soit frais et pur ; 2° qu'il soit modifié de manière que sa composition se rapproche autant que possible de celle du lait de femme ; 3° qu'on observe dans l'allaitement la plus scrupuleuse propreté ; 4° qu'on donne aux nourrissons, à chaque tétée, une quantité de lait déterminée ; 5° que l'enfant tette dans la position inclinée en arrière ; 6° qu'il tette lentement et à heures régulières ; 7° que la température de l'aliment soit de 99 à 102° F. ; 8° qu'au bout de quelques semaines, on laisse les organes digestifs au repos, la nuit, pendant six ou huit heures.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Marfan (A. B.). Allaitement naturel et allaitement artificiel. Hypothèses sur le rôle des zymases du lait, *Presse médicale*, 9 janvier 1901, p. 13. — Fontaine (A.). Sur l'allaitement et l'alimentation artificielle des nouveau-nés dans les principales espèces domestiques (Essai de comparaison avec l'allaitement de l'enfant.) *Bordeaux*, 1900, 97 p. 8° (Thèse). — Lefillâtre (G.). Etude de l'allaitement dans la classe pauvre. La « goutte de lait » du Havre. *Paris*, 1901, 32 p. 8°. (Thèse). Ducournau (F.). Des moyens de combattre la dépopulation p. la diminution de la mortalité infantile et principalement en favorisant l'allaitement maternel. *Paris*, 1900, J. Rousset, 108 p. 8°. (Thèse). — Strauss (P.). Dépopulation et puériculture. *Paris*, 1901, 308 p. in-12°. — Sommer (G.). Die Principien der Säuglingsernährung. 6e livraison des « Würzburger Abhandlungen ». Würzburg, 1901, 8°.

Oppenheimer (K.). Ueber Säuglingsernährung durch Kuhmilch. *Arch. f. Kinderheilk.*, xxxi, Stuttgart, 1901 ; p. 321-358. — Gregor (K.). Der Fettgehalt der Frauenmilch und die Bedeutung der physiologischen Schwankungen desselben in Bezug auf das Gedeihen des Kindes. *Sammlung klin. Vorträge.* N. 302. Leipzig, 1901. — Cramer (H.). Zur Mechanik und Physiologie der Nahrungsaufnahme des Neugeborenen. *Sammlung klin Vorträge*, N. 263. Leipzig, 1901. — Vallassori-Peroni (C.). Come devo allevare e curare il mio bambino ? *Milano*, 1900, Hœpli, 431 p. 12°. — Colombo (L.). La nutrizione del bambino. Allattamento naturale ed artificiale. *Milano*, 1908, Hœpli, 227 p. 12°. — Jemma (R.). L'allattamento artificiale. *Firenze*, 1900. L. Niccolai, 212 p. 8°. — Colombo (V.). L'allattamento mercenario e la salute del bambino. Atti del primo congresso nazionale per l'igiene del l'allattamento mercenario. *Milano*. 1900. L. F. Cogliati, 294 p. 8°. — Winters (J. E.). The feeding of infants. Home guide for modifying milk. *New-York*, 1901. E. P. Dutton et Co. vii.-47 p. 12°. — Chapin (H. D.). A simple and accurate method of substitute infant feeding. *New-York M. J.*, lxxiii, 1901 : 324-327. — Holt (L. E.). The general principles in infant feeding, with a simple method of home modification of cow's milk. *New-York M. J.*, lxxiii, 1901 ; 52-58. — Northrup (W. P.). Substitute feeding of infants upon milk modified, according to prescription in laboratories. *New-York M. J.*, lxxiii, 1901 : 448-450. — Oppenheimer. Beitrag zur künstlichen Säuglingsernährung. *Verhandl. d. 17. Vers d. Gesellsch. f. Kinderh. in Aachen...* (1900). Wiesbaden, 1901 ; 222-228, 239-242. — Petrone (G. A.). La lattazione artificiale e le principali questioni che ad essa si collegano. *Pediatria*, ix, Napoli, 1901; 89-101.

Un journal américain publia dernièrement l'annonce d'un remède, avec les attestations légalisées des guérisons obtenues. Parmi ces attestations, figurait celle d'un ancien militaire, pensionné par l'Etat à la suite d'infirmités contractées pendant la guerre de Sécession. Le brave militaire déclarait avoir été « radicalement guéri ». Or, un employé du bureau des pensions eut, par hasard, connaissance de cette attestation, et fit rayer le nom de l'invalide de la liste des pensionnaires, le motif de la retraite ayant disparu. Que fait l'ex-invalide ? Il se retourne contre son prétendu guérisseur, et il lui intente un procès en dommages-intérêts. Le procès sera gai. *Journ.* 15 juillet.

Sait-on combien les pensionnaires et les sous-employés de l'Assistance publique consomment d'œufs chaque année ?... Plus de deux millions et demi (2.625.000 approximativement)... L'adjudication, en cinq lots, aura lieu le 7 août. (*Les Débats*).

BIBLIOGRAPHIE

Comment on se défend contre les vers intestinaux, par le Dr Paul Girod, prof. à Clermont-Ferrand (une broch. de 64 p. avec 2 planches. Edition médicale française. Paris. 1901).

Nous croyons utile et mérité, d'attirer l'attention sur ce petit ouvrage, lequel occupe, par ordre d'apparition, la 23me place, parmi les nombreux enfants de la très prolifique collection des « Comment on se défend ».

Le résumé offert au grand public par M. Girod est à la fois scientifique, simple et pratique. Trois parties : 1° les vers rubanés ou ténias (symptômes, description des espèces, ténia inerme, ténia armé, botriocéphale, traitement) : 2° les vers ronds ou nématodes, (ascaride, oxyure, tricocéphale, ankylostome, anguillule) ; 3° les vers intestino-musculaires (trichine, trichinose, traitement). L'auteur termine par des conclusions générales, impliquant des conseils pratiques. Nous recommandons sincèrement ce « Comment on se défend » comme utile memorandum. P. C.

Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques, par le Dr Lucien Pron. (1 vol. 180 pages, Jules Rousset, éd., Paris, 1901).

Ce travail est divisé en 2 parties, comprenant l'une et l'autre 5 chapitres. C'est d'abord l'historique des rapports qui existent entre le tube digestif et le cerveau, d'après Hippocrate, Arétée, Dioclès. Platon, Philolaüs, Galien, Vallésius, Oribase, Alexandre de Tralles, Actuarius, Paracelse, Fernel, Van Helmont, Hygmore, Boerhave, Cheyne, Cullen, Bordeu, Descartes, etc. etc. : puis l'étude des relations anatomiques du cerveau et de l'estomac, en relevant l'importance du plexus solaire, en raison de son anatomie, sa situation, son rôle. Rien ne peut se passer dans le foie, la rate, l'intestin, le rein, les organes génitaux, sans que l'estomac n'en reçoive le contre-coup.

Au chapitre IVe, est un parallèle entre le régime alimentaire et le caractère des individus et des peuples, suivant la sentence de Cabanis : « Dis-moi ce que tu manges, et je te dirai qui tu es ». Ensuite M. Pron passe en revue la priorité de l'estomac ou du système nerveux dans la production des troubles psychiques (chap. VI), les troubles produits par la dyspepsie dans le domaine de l'âme sensitive, intellectuelle et volontaire, le tout étayé d'un certain nombre d'observations personnelles ou empruntées. Le chapitre IX interprète la pathogénie de ces troubles, et le chap. X expose la thérapeutique qui en découle et doit reposer sur : a) le régime alimentaire, b) le genre de vie, c) les médicaments.

En résumé l'ouvrage de M. Pron est intéressant et mérite d'être lu et médité par les névropathes et intellectuels.

P. Cornet.

Les maladies de l'estomac, par Albert Robin (3e fasc. 1901, Rueff, Paris).

Nous avons déjà présenté l'analyse des deux premiers fascicules de cet important recueil sur les maladies de nutrition. Le présent volume comprend la 5e partie, de la page 889 à la page 1177, y compris la table générale des matières et celle des noms d'auteurs. Cette fin d'ouvrage a trait aux *maladies organiques de l'estomac, gastrites chroniques, ulcère simple, gastrite catarrhale, gastrites toxiques, gastrite phlegmoneuse, cancer de l'estomac, sclérose sous-muqueuse hypertrophique, ulcérations, biloculation, dilatation, corps étrangers de l'estomac.* On retrouve, en lisant cet ouvrage, la méthode et clarté d'exposition spéciales à M. Robin, ainsi que la préférence de l'auteur pour les pathogénies éclectiques et pour la polypharmacie.

Comme feu Dujardin-Beaumetz, M. Robin présente en marge de tous alinéas et sous-alinéas, le point en question.

Cette extrême division d'un ouvrage pousse parfois la clarté jusqu'à la confusion.

Mais ce sont là des critiques de forme et de détails.

L'ouvrage en trois fascicules de M. Albert Robin, sur les maladies de la nutrition, est très documenté et précieux par le grand sens pratique qui y domine. De plus, le Médecin de la Pitié a pour nous le grand mérite de ne pas chercher des preuves exclusivement dans les sanctuaires fermés, mais d'être large dans ses citations et de paraître admettre que le praticien cultivé et travailleur est capable, lui aussi, d'apporter sa part contributive à la vérité scientifique. Pour ces raisons, et pour la valeur intrinsèque de l'ouvrage, nous le recommandons chaudement à l'attention des Médecins et des Étudiants. Paul Cornet.

CORRESPONDANCE

La Soutenance de la thèse en Allemagne (1).

La soutenance de la thèse de doctorat n'est pas en Allemagne comme en France une petite cérémonie additionnelle aux examens de pure forme, mais nécessaire pour conférer le droit d'exercice de la médecine. C'est le troisième et dernier épisode d'une épreuve complexe appelée « Promotion » nullement obligatoire pour exercer légalement, mais utile pour exercer décemment.

On peut en effet exercer dès qu'on est médecin approuvé, « Approbirter Arzt » mais « Herr Doctor » c'est là un titre d'une sonorité si agréable que presque aucun Approbirter Arzt ne résiste à la tentation de le précoler à son nom.

Il ne lui en coûtera d'ailleurs qu'une ombre d'examen, 440 marks de droits universitaires, des frais d'impression de thèse et un bon dîner à ses amis le soir de la soutenance. A ce prix, ce n'est vraiment pas la peine de se faire refuser un « Herr Doctor. »

L'approbirter Arzt qui veut faire acte de candidature au grade de Doctor, le *Promovendus* ou le *Doktorandus* comme on voudra, doit commencer par remettre au Doyen une dissertation originale et médicale sur un sujet de son choix, elle doit être en allemand (article 5), et bien écrite. En post-scriptum elle doit présenter un petit *curriculum vitæ* de l'étudiant et ne point manquer d'indiquer la religion du candidat et la situation paternelle. Elle doit énoncer (article 6) en quels milieux cliniques et scientifiques elle fut élaborée, quelle main étrangère y collabora, et cela sous la forme du serment. Enfin elle s'accompagne d'un versement de 220 marks.

Au bout de quelques jours généralement, le *Doktorandus* apprend que sa thèse est agréée et est invité par le Doyen (le Dekan) au *colloquium*.

Le *colloquium* est une chose tout à fait charmante.

Dans une petite salle, à huis clos, candidats et membres du jury se partagent familièrement un excellent gâteau (Torte) et quelques bouteilles de vin généreux offerts par le Doyen. On est là en petit comité ; trois membres de la faculté et les deux ou trois Doktorandi. D'après le règlement, la conversation doit porter sur la médecine, mais vraiment celui-ci ne prend-il pas là un soin inutile ? De quoi peut-on causer plus volontiers entre gens d'esprit que de médecine ?

Pour la forme (*pro forma*) le jury donne un satisfecit au candidat. Et si celui-ci veut bien déposer maintenant encore une petite somme de 220 marks à la Faculté, une somme de 100 marks chez son imprimeur afin qu'il puisse avoir le plaisir d'offrir 315 exemplaires de sa Dissertation à ces Messieurs de la Faculté, les portes de *l'Aula* ou grande salle des cérémonies lui sont désormais ouvertes, pour qu'il y défende solennellement sa thèse (2) et reçoive en récompense de son labeur un grand étui rouge avec son diplôme y inclus. Ce troisième épisode de la Promotion en est aussi le dernier c'est la *disputatio*.

Il est midi. C'est l'heure annoncée pour la *disputatio*.

(1) Voir *Progrès médical* du 1er juillet 1901, page 20.
(2) Contre trois adversaires de son choix, médecins ou étudiants en médecine de ses amis.

AVIS IMPORTANT

A nos Abonnés et à nos Lecteurs.

La collection des **ARCHIVES DE NEUROLOGIE** (1800-1900), *y compris l'abonnement de* 1901, *est vendue* **150** *fr., prise dans nos Bureaux.*

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical

Vient de paraître

AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

(BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE)

VIII

NOUVELLE MÉTHODE POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA LECTURE

à l'usage des enfants arriérés ou présentant des troubles de la parole

Par Joseph BOYER,

Edition illustrée de 150 gravures, par Charles JACQUIN, fils. In-8° de VII-88 pages. Prix : 4 fr., pour nos abonnés, 3 fr.

DAGONET (H.). **Des réformes à introduire dans la loi du 30 juin 1838 et les asiles d'aliénés** Brochure in-8 de 32 pages. Paris, 1882. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.................. 30 c.

DAGONET (H.). **Une enquête à l'asile Sainte-Anne.** Brochure in-8 de 16 pages. Paris, 1881. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 25 c.

DAGONET (J.). **Contribution à l'étude de la méningo-myélite expérimentale.** Volume in-8 de 80 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.. 1 fr.

DANILLO. **Recherches cliniques sur la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénés.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.. 50 c.

DANILLO. **Encéphalite parenchymateuse limitée dans la substance grise avec épilepsie partielle** (*Jacksonienne*) **comme syndrome clinique.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.... .... 50 c.

DARIN. **Assistance des aliénés dans l'Etat de New-York.** (Rapport de la commission de surveillance pour l'exercice fiscal 1894). Brochure in-8 de 96 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 c.

DEBIERRE (Ch.). **Sur les anastomoses du nerf médian et du nerf musculo-cutané au bras et sur l'anastomose du médian avec le cubital de l'avant-bras.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés.. 30 c.

DEBOVE (M.). **Notes sur la méningite spinale tuberculeuse, sur l'hémiplégie saturnine et l'hémianesthésie d'origine alcoolique.** Une brochure in-8 de 24 pages, avec 2 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.......... .... 50 c.

DEBOVE (M.). **Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques.** Brochure in-8 de 16 pages. Paris, 1881. Prix......... 75 c.

DÉJERINE (J.). **Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë.** Volume in-8 de 66 pages. Paris, 1879. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés............ 1 fr.

DELASIAUVE (J.). **Discussion à propos d'une prétendue mono manie religieuse.** Brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.. 30 c.

DELASIAUVE. **Du double caractère des phénomènes psychiques.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés 30 c.

DELASIAUVE (J.). **Journal de médecine mentale.** résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes. — Prix : 100 fr. — Réduit à. 40 fr

DELASIAUVE. **Distribution des prix à l'Ecole des enfants idiots et épileptiques de la Salpêtrière.** (Discours.) Brochure in-8 de 8 pages. — Prix 30 c. — Pour nos abonnés.................. 20 c.

DEVAY (F.). **Mélancolie et goitre ophthalmique.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés............ 35 c.

D'HEILLY (M.-E.) et CHANTEMESSE (M.-A). **Notes sur un cas de cécité et de surdité verbales.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.. .... 35 c.

DIGNAT (P.). **Sur quelques symptômes qui peuvent se montrer chez les hémiplégiques** Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.. 50 c.

DOUTREBENTE. **De l'hospitalisation des aliénés, des épileptiques et des idiots dans le département de Loir-et-Cher.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. 50 c.

DUFOUR (A.). **Paralysies bilatérales du muscle droit externe.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés 35 c.

DUFOUR (H.). **Sur le groupement des fibres endogènes de la moelle dans les cordons postérieurs.** Brochure in-8 de 20 pages. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.......................... 35 c.

DUPLAY (S.). **Leçons sur les traumatismes cérébraux** (Commotion, Contusion, Compression, etc.), faites à la Faculté de Médecine et recueillies par P. POIRIER. Un volume in-8 de 56 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés...................... 1 fr.

DURET (H.). **Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromolithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés.................................. 5 fr.

DUTIL et CHARCOT (J.-B). **Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique suivie d'autopsie** Brochure in-8 de 20 pages, avec 5 figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés... 30 c.

DURET (H.). **Étude générale de la localisation dans les centres nerveux,** suivie d'une **Étude critique sur les recherches de physiologie des localisations en Allemagne.** Vol. in-8 de 236 pages Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.................... 2 fr.

DUTIL et CHARCOT (J.-B.) **Note sur un cas de poliomyélite antérieure et chronique suivi d'autopsie.** Brochure in 8 de 20 pages, avec 5 figures. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. 0 fr. 60

DUTIL. *Voir* BALLET.

DUVAL (Mathias). **La corne d'Ammon.** (Morphologie et embryologie). Brochure in-8 de 52 pages. Paris, 1882. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.. 1 fr.

DUVAL (Mathias). **La corne d'Ammon.** (Morphologie et embryologie). Brochure in-8 de 52 pages, avec 4 planches. Paris. 1882 — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés.................... 1 fr. 70

EDWARDS (Bl.). **De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses.** (Ataxie locomotrice progressive, sclérose en plaques, hystérie, paralysie agitante.) Volume in-8 de 169 pages, avec figures. Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés............................ 2 fr. 75

ERLITZKY (A.) **De la structure du tronc du nerf auditif.** Brochure in-8 de 20 pages, avec une planche en chromolitographie. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.......... 1 fr.

FAVREAU (E.). **Contribution à l'étude du secret professionnel, particulièrement en médecine mentale.** — Brochure in-8 de 64 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés...................... 1 fr. 35

FÉRÉ (Ch.). **Eclampsie et épilepsie.** Brochure in-8 de 20 pages. Prix : 75. c. — Pour nos abonnés.......................... 50 c.

FÉRÉ (Ch.). **Contribution à l'étude de la descendance des invertis.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.. 30 c.

FÉRÉ (Ch.). **De l'asymétrie chromatique de l'iris considérée comme stigmate névropathique** (stigmate indien). Brochure in-8 de 10 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés.......... 40 c.

FÉRÉ (Ch.). **Note sur un cas d'anomalie symétrique du cerveau.** Brochure in-8 de 10 pages, avec une planche chromolithographique. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.................. 30 c.

FÉRÉ (Ch.). **Traité élémentaire de l'anatomie du système nerveux.** 2e *édition. Revue et augmentée.* Volume in-8 de 653 pages, avec 242 figures dans le texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés.. 10 fr.

FÉRÉ. (Ch.). **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales.** (Amblyopie croisée et Hemianopsie). Un volume in-8 de 241 pages. Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.. 2 fr.

FÉRÉ (Ch.). **La médecine d'imagination.** (Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés...................... 30 c.

FÉRÉ (Ch.). **Trois autopsies pour servir à la localisation cérébrale des troubles de la vision.** Brochure in-8 de 12 pages, avec 6 figures, Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.......... 30 c.

Mais comme l'heure réelle retarde d'un quart sur l'heure officielle, en raison de « l'*akademische viertel* » il n'y a encore personne en dehors des doctes statues de pierre qui se regardent mélancoliquement dans la grande salle aux colonnes sévères, aux larges baies encadrées de feuilles de laurier. De la cour, monte un agréable ramage des plus habiles oiseaux chanteurs, mais peu à peu aussi quelques étudiants venant faire galerie d'honneur à leurs camarades qui vont *promovieren*. Enfin, voici venir en habit noir et gants blancs les *Doktorandus* suivis chacun de leurs trois adversaires ou *opponenten*. Les *opponenten*, on le devine, ne sont pas des gens dangereux : en général, trois bons amis qu'on a la veille emmenés au café, à qui l'on a remis par écrit les objections qu'ils doivent vous présenter, ce qui est une excellente façon d'éviter les surprises de discussion. Mais, chose plus redoutable, le règlement autorisera toute personne de l'auditoire « *ex corona* » à élever la parole contre le candidat et à l'argumenter *ex impromptu*. Qu'on se rassure pourtant pour les jeunes Pic de la Mirandole, la *corona* est généralement discrète et n'use que rarement de ses droits statutaires.

Silentium ! car voici que paraît à la porte d'honneur une longue chevelure blanche et un grand manteau d'écarlate. A droite de la chaire où le candidat est monté, le doyen s'assied lentement sur son fauteuil et assure ses doctes lunettes dont le léger miroitement permettra à ses paupières de s'abaisser, sans qu'il y paraisse, pour une paisible somnolence.

Le nom du premier candidat a des sonorités en off ; son *curriculum vitœ* porte qu'il naquit là-bas en Sibérie et qu'à la suite de quelques troubles d'étudiants il préféra venir étudier en Allemagne.

Il est vraiment curieux de remarquer comme, lorsqu'un sujet de la puissante nation amie et alliée lit un texte en latin en essayant de prendre l'accent allemand, il a l'air de parler turc. Cela n'empêche que les paroles par lesquelles il ouvre sa *disputatio* ne soient fort belles et voici en quels termes, se tournant révérencieusement vers le doyen, il le harangue :

Tentamine physico, examine rigoroso, feliciter superatis jam restat, ut summi qui sunt in medicina et chirurgia honores in me transferantur ; quare dissertationem scripsi germanica lingua thesesque apposui tres quas ad defendendas peto abs te Decane spectatissime, ornatissime ut mihi lingua germanica uti liceat.

Que peut répondre à cela le Dekanus ornatissimus ? sinon :

Autoritate facultatis medicœ do tibi veniam quam petiisti.

Avez-vous remarqué qu'après la *dissertatio scripta in lingua germanica* le candidat avait fait insidieusement allusion à *theses tres quas apposui*. Ces *theses tres* sont trois propositions de son choix que le candidat ajoute d'usage à sa thèse et c'est généralement sur elles que vont porter tous les débats.

Aussi, sans plus se soucier de sa dissertatio, dit-il d'une voix haute et claire : « Ma première proposition est: que dans la syphilis, les meilleures injections sont les injections des sels insolubles de mercure. »

Alors le premier adversaire s'est élevé en face de la chaire où le Doktorandus a lancé sa proposition. Il a appris son objection par cœur et il est vraiment superbe de voir avec quelle vigueur il attaque. La riposte, préparée d'avance et écrite pour plus de sûreté sur une discrète feuille de papier, n'est pas moins forte naturellement, si forte même que le premier opponent qui se relève n'ouvre la bouche que pour dire : Vraiment, je me déclare satisfait de ces raisons et je me rassieds.

Le Doktorandus lance encore ses autres deux propositions avec un égal succès. Aussi, n'est-ce pas sans fierté que, se tournant encore révérencieusement vers le Dekan, il le harangue en ces termes :

Tacente corona, adversariis devictis peto abs te, decane spectatissime, ornatissime, ut summos qui sunt in medicina et chirurgia honores in me transferas.

A quoi le Dekanus ornatissimus lui répond noblement.

O candidate ornatissime et dignissime, tentaminibus et examine rigoso feliciter absolutis, petiisti ab ordine medicorum ut summi in medicina et chirurgia honores in te transferautur.

Dissertatione cum thesibus contra virorum ornatissimorum argumenta disserte docteque defensis, nihil obstat enim quin lauream doctoris aspicaris.

Priusquam autem hœc tibi tradi possit, necesse est jurejurando te obstringi in cuius prœcepta strictissima a te observanda curatis.

Alors le doktorandus, d'une voix convaincue, déclare :

Jusjurandum Doctoris Medicinae (catholiques ou protestants. Spondeo juroque, non mei me commodi causa medendi artem factitaturum, sed ut Dei gloriam celebrem, ut hominum tuear salutem, ut, quantum queam, ipsi doctrinae incrementi afferam : cuncta medici munia, summa cum fide et religione, quantaque valeam, peritia et prudentia executurum : laborantium cuivis, nullo discrimine aut delectu, ambitione nulla, sive sit inops sive dives, pari industria subventurum ; nullius unquam hominis vitam ancipiti tentaturum experimento : non ad vana aut sordida medicinae usum deflexurum ; indefesso studio in exploranda cognoscendaque arte perseveraturum : socios artis humaniter, amiceque et uti ipsa artis dignitas postulat, tractaturum, promptissimoque animo neque ullo utilitatis propriae respectu, quidquid possim facultatis, cum illorum studiis in aegrotantium salutem consociaturum, omninoque id operam daturum, ut, quam profiteor artem ad religionis sanctitatem adducam. Ita me Deus adjuvet et sacrosanctum ejus Evangelium.

Les Israélites remplacent cette dernière phrase par :

« Ita me æterna salute impertiat Deus. »

Quod felix (lui répond d'une voix paternelle le Dekan) quod felix faustumque sit quod patriœ prodesse jubeat Deus optimus auctoritate et auspiciis Guilelmi imperatoris Germanici, Borussorum regis potentissimi, justissimi, clementissimi, et ex decreto facultatis medico ego doctor, medicinœ professor publicus ordinarius facultatis medicœ, hoc tempore decanus, te doctorem medicinœ et chirurgiœ creo, creatum renuntio renuntiarum proclamo.

Absolutis absolvendis, ascendas in cathedram superiorem, quœ est doctorum.

Et de fait, conduit par la main du dekan, le candidat quitte la chaire inférieure où il s'était tenu jusque-là pour monter vers une chaire immédiatement placée au-dessus, la chaire quœ est doctorum.

C'est là que le doyen lui remet en main son diplôme en un étui écarlate et lui dit ces paroles solennelles !

Salve, vir doctissime, doctor dignissime, gratulor tibi honores in te collatos ; trado tibi diploma facultatis sigillo medicœ obsignatum.

Munus quod auspicatus es bene geras et feliciter peragas. — Vale !

Et le candidat, très ému en son cœur, répond :

Gratias ago tibi, decane spectatissime, ornatissime, quod summos qui sunt in medicina et chirurgia honores in me transtulisti : gratias ago vobis amicissimi, qui mihi tam fortiter (o combien !) quam sagaciter opposuistis ! gratias vobis qui honoris causa adfuistis ! Vale, valete !

AMBARD.

P. S. Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre reconnaissance à M. le Dr Legaher, de Berlin, pour l'amabilité avec laquelle il nous a aidé à rédiger ces quelques notes.

VARIA.

Nécessité de plus de sévérité dans les conseils de révision

Tous les médecins qui vont accomplir une période de service militaire ont été frappés de la forte proportion de soldats faibles de constitution ou demi-infirmes, qualifiés de malingres, qui encombrent les visites du médecin pour se faire exempter de marches et d'exercices qu'ils ne pourraient faire. Ces malheureux, véritables impedimenta, occupent dans certains régiments une place à part, sont inscrits sur un registre : certains même se considèrent élevés à une dignité par leur inscription au cahier des malingres. Le capitaine Gilbert, dans un article de la *Nouvelle Revue* où il tire des enseignements de la guerre sud-africaine, demande avec raison plus de sévérité dans les conseils de révision :

« Dans notre contingent de 230,000 hommes, dit-il, on peut affirmer que 30,000, au bas mot, sont des malingres, impropres au dur métier des armes. Bon nombre y succombent déjà dès le temps de paix et sont réformés dans les corps de troupe au grand détriment du budget qui les a incorporés et entretenus inutilement...

« Il est temps de corriger ces dangereux errements, imputables à la fois à des directions défectueuses et au fonctionnement trop hâtif des conseils de révision. Il faut que le ministre remanie la liste surannée des cas de réforme, qu'il donne des instructions à la fois très larges comme prescriptions et très précises comme indication de ses vues. Il faut encore que la circonscription des conseils de révision soit diminuée et leur nombre, par suite, augmenté : que leur personnel soit renforcé, au besoin par l'adjonction de médecins de réserve assermentés, que ces médecins puissent en tout temps délivrer des certificats, établis après mûr examen et valables devant le conseil. Il faut enfin qu'on mette à profit toutes les périodes d'appel pour éliminer les réservistes et les territoriaux qui auront subi un déchet physique. »

La statistique de la rage.

Le département de la Seine a fourni 637 mordus, et le département de Seine-et-Oise 124 : soit 761 mordus sur 1.420, plus de la moitié. Il semble d'ailleurs que de ces deux centres de contagion le mal irradie notablement dans le voisinage, car les départements de Seine-et-Marne et de l'Oise sont parmi ceux qui comptent le plus grand nombre de mordus (15 mordus dans chacun des départements). Parmi les départements où la rage paraît également fréquente, il faut citer l'Allier, avec 16 mordus ; le Calvados, avec 15 mordus : le Cantal et la Corrèze, chacun avec 23 mordus : la Creuse, avec 19 mordus : la Dordogne, avec 20 mordus ; l'Eure-et-Loir, avec 14 mordus ; les Landes, avec 21 mordus ; le Lot, avec 20 mordus : le Lot-et-Garonne, avec 47 mordus ; le Puy-de-Dôme, avec 33 mordus : le Tarn-et-Garonne, avec 32 mordus : et l'Yonne, avec 15 mordus. Mais l'Institut Pasteur ne reçoit pas que des Français ou des étrangers mordus en France. L'Angleterre et les Indes anglaises, qui ne possèdent pas d'établissement antirabique, lui fournissent encore d'assez nombreux clients. En 1900, 14 Anglais et 56 habitants des Indes anglaises sont venus se faire soigner chez nous. (*Revue hebdomadaire*).

Les secours publics à Paris.

Depuis l'organisation des ambulances urbaines, les tentatives de secours publics à Paris ont été nombreuses, mais maigres ont été jusqu'alors les résultats pratiques. Serait-on enfin parvenu à réaliser un petit progrès avec les Phares de secours dont nous empruntons la description au *Rappel* :

« Par les soins de M. Bouvard, on vient d'installer, place Saint-Ferdinand, aux Ternes, et rue Rodier, à l'angle de la rue de Maubeuge, un « phare de secours », nouvel appareil qui est appelé à rendre de réels services aux Parisiens. Il contient une boîte à pansement d'urgence et un brancard pliant pour les blessés de la voie publique. Pour se servir du brancard, il suffit de briser une glace semblable à celle des avertisseurs d'incendie et de prendre dans une petite niche la clé qui ouvre la porte de l'appareil. Le phare contient, de plus, un appareil téléphonique, relié aux ambulances urbaines.

« Il sera ainsi possible, en cas d'accident, de transporter immédiatement le blessé, soit chez lui, soit à l'hôpital, avec le brancard ou avec le concours d'une voiture d'ambulance. De plus, ce phare de secours est pourvu d'une boîte aux lettres avec un système nouveau, très ingénieux, proposé par M. Beraud, chef du service intérieur des l'hôtel des Postes. Cet indicateur donne non seulement l'heure de la prochaine levée, mais aussi de celles de toute la journée, et les indications, beaucoup plus nettes et plus précises que sur les anciennes boîtes, se liront plus aisément. »

L'Ecole normale supérieure et les Facultés des sciences et des lettres.

« On est aristocrate en France ! Les grandes Ecoles à privilèges tiendront toujours ; c'est *chic* ! Or, jugez de la démocratie en l'espèce ! On dépense près d'un million bon an mal an pour Normale, qui fait avec les Facultés double emploi. Ce million réparti ferait mille bourses populaires. Ce serait presque l'Enseignement supérieur gratuit.

« Les étudiants libres de lettres et de sciences sont pauvres pour la plupart ; ils vivent de pionicats, de tristes besognes — ou de purée, surtout les étudiants d'agrégation que leur famille fatiguée lâche. Ils échapperaient par ces bourses à d'odieuses exploitations. L'Etat n'aurait pas à caser nécessairement des mandarins dont le seul titre est un parasitisme de trois ans : pas de professeurs inutiles à payer, pas de personnel spécial à entretenir. Les Facultés sont là.

» Nous tolérons tant qu'on ne nous vole pas trop manifestement. Mais le jour où nos justes réclamations ne seront pas écoutées, nous protesterons par la plume et par le bâton, s'il le faut. Les facultés sont aux étudiants libres, et l'Université libre et libérale, c'est nous ! » (*L'Aurore*, 22 juillet 1901).

Les mesures prises jadis contre la peste.

Dans un intéressant article de la *Revue Bleue*, M. P. Lalande rappelle les mesures d'isolement sévères prises jadis contre la peste. En reproduisant cet interessant article, nous rappellerons à nos lecteurs les documents sur ce sujet que M. le Dr Bordier a publié dans son livre : *La médecine à Grenoble*, d'où nous avons extrait un Bulletin sur « la peste dans une ville de France du moyen âge à notre époque ». (*Progr. méd.* 3 sept. 1899). Mais laissons la parole à M. Lalande :

Dès qu'un cas de peste se produisait dans un lieu habité — ville, bourg, village, — la famille ou les voisins de l'individu atteint étaient tenus d'avertir les autorités qui, aussitôt, mettaient en vigueur un système prophylactique dont de nombreux arrêts des Parlements et des ordonnances de police traçaient le détail. Et d'abord le malade est isolé. S'il est riche et occupe une maison entière, lui et son domestique y sont enfermés et toute communication est coupée avec l'extérieur. A la porte de la demeure contaminée est tracée une grande croix blanche qui indique au passant le danger d'approcher. Tous ceux qui ont pénétré là — prêtres, médecins, valets — doivent désormais ne paraître par les rues que tenant à la main une baguette blanche, et se doivent rigoureusement abstenir du commerce des gens sains. Si le malade est pauvre, il est immédiatement transporté dans une infirmerie spéciale située loin des habitations.

Triste enfer que ces infirmeries ! Ce sont généralement de méchants hangars, construits en plein champ loin des enceintes des villes et où tout manque. Le malade, qui reçoit défense sous peine de la vie de communiquer avec les siens, y est réduit aux soins de ceux que le peuple a baptisés « les corbeaux » et dont la sinistre besogne consiste à arracher de leurs logis les individus atteints ou menacés de peste, à les tenir étroitement emprisonnés et enfin à enterrer leurs cadavres dans un lieu solitaire. Quant à secourir les lamentables patients, on ne peut guère espérer qu'ils y songent. Ce sont généralement des hommes étrangers à la ville où sévit

le mal : ruraux chassés de la glèbe par la famine, soldats aventuriers qui ont abandonné la guerre pour la maraude, « bohèmes » ou jongleurs dont les cordons sanitaires arrêtent le vagabondage : tous ces misérables, séduits par de hautes payes, contraints par des menaces, consentent à approcher les pestiférés, mais certainement ils leur sont peu pitoyables. On ferme les hôtelleries, on crée des « capitaines » ou des « prévosts de la santé », et les parfumeurs sont chargés de la désinfection, ils lavent les murs et les charpentes avec de l'eau de chaux contenant de la sauge, du romarin, du thym, de la lavande et « autres bonnes herbes ».

Médecins conseillers généraux.

Dans la longue liste des médecins élus au conseil général, nous avons omis de citer dans le département de la Haute-Vienne : M. le Dr Hugouneau, rép. (Saint-Mathieu) : M. le Dr Labuze rad. (Mézières) ; M. le Dr Tarrade, rad. soc. (Chateauneuf).

Au scrutin de ballottage du 28 juillet, les médecins suivants ont été élus conseillers généraux : Dr Greffier, socialiste, à Grenoble ; Dr Colin, radical, à Bulgnéville (Vosges) ; Dr Lardier, radical, à Rambervilliers (Vosges) ; Dr Girard, rad. soc., dans la Haute-Vienne.

Distinctions honorifiques.

Légion d'honneur. — Nous sommes heureux de relever dans la liste des nouveaux décorés du ministère de l'intérieur, M. le Pr Budin et M. le Pr Landouzy, nos très distingués collaborateurs, promus au grade d'officier — et au grade de chevalier : MM. le Dr Letulle, professeur agrégé : le Dr Castex (de Paris); le Dr Vosy, de Choisy-le-Roi ; le Dr Ballivet, maire de Gex ; le Dr Deux-Després, maire de Verteuil (Charente) ; le Dr S. Garnier, médecin de l'Asile de Dijon ; le Dr Dumas, de Lédignan.

Sont nommés : *Officiers de l'instruction publique* : MM. le Dr Duhard, de Castelsagrat ; Dr Grasset, médecin de l'hopital de Riom ; Dr Laborde, secrétaire des facultés de Clermont-Ferrand ; Dr Billet, médecin à Lons-le-Saunier ; Dr Bédart, agrégé près la faculté de médecine de Lille ; Dr Béhal, professeur à l'école de pharmacie de Paris ; Dr Berger, professeur à la faculté de médecine de Paris ; Dr du Cazal, professeur a l'école de médecine de Clermont ; Dr Chrétien, professeur à l'école de médecine de Poitiers ; Dr Colleville, professeur à l'école de médecine de Reims ; Dr Curtis, professeur à la faculté de médecine de Lille ; Dr Dubreuilh, chargé de cours à la faculté de médecine de Bordeaux ; Dr Estor, professeur à la faculté de médecine de Montpellier ; Gautier, professeur à l'école de pharmacie de Paris ; Dr Hervouet, professeur à l'école de médecine de Nantes ; Klobb, professeur à l'école de pharmacie de Nancy ; Dr Lamic, professeur à la faculté de médecine de Toulouse ; Dr Mandereau, professeur à l'école de médecine de Besançon ; Dr Maurel, chargé de cours à la faculté de médecine de Toulouse ; Dr Meunier, professeur à l'école de médecine de Tours ; Dr Moreau, professeur à l'école de médecine d'Alger ; Dr Moulanguet, directeur de l'école de médecine d'Amiens ; Dr Nicolas, professeur à l'école de médecine de Grenoble, Dr Perrin de la Touche, directeur de l'école de médecine de Rennes ; Planchon, professeur à l'école de pharmacie de Montpellier ; Dr Sigalas, agrégé à la faculté de médecine de Bordeaux ; Dr Soulié, suppléant à l'école de médecine d'Alger ; Dr Topsent, chargé de cours à l'école de médecine de Rennes ; Dr Vautrin, chargé d'un cours complémentaire a la faculté de médecine de Nancy ; Dr Verne, professeur à l'école de médecine de Grenoble ; Dr Vialleton, professeur à la faculté de médecine de Montpellier.

Officiers d'académie. — Dr Moreaux, de Donchery ; Dr Séjournet, de Revin; Dr Bordas, médecin civil au prytanée de la Flèche ; Dr Guignard, de Mayet ; Mme Bouet, née Henry, médecin à Paris ; Dr Bauzon, à Châlon-sur-Saône ; Dr Durand, maire de Fraize ; Dr Soyer, médecin des écoles a Châtenois ; Dr Petitot, de Paris ; Dr Jabot, de Maringues ; Dr Roulet, médecin inspecteur des enfants du premier âge, maire de Marsat ; Dr Genevrier, de Paris ; Dr Collardot, médecin inspecteur des écoles au Perreux ; Dr Dide, médecin-adjoint a l'asile departemental d'aliénés de Rennes ; Dr Leray, de Rennes ; Dr Bernou, de Châteaubriant ; Dr Texier, de Nantes ; Dr Héry, de Paris ; Dr Hélary, d'Enghein ; Dr Robillard, inspecteur du service sanitaire des garnis, de Paris ; Dr Albarran, agrégé, a Paris ; Dr Audry, profr à la Faculté de Toulouse ; Dr Benoit, préparateur a la Faculté de Paris ; Dr Billard, chargé de cours a l'Ecole préparatoire de Clermont ; Dr Bué, chef de clinique a la Faculté de Lille ; Dr Buffet-Delmas, professeur a l'école de Poitiers ; Dr Bureau, suppléant à l'Ecole de Nantes ; Dr Decamps, chargé de cours à l'Ecole d'Amiens ; Dr Delbet, agrégé, à Paris ; Dr Durand, agrégé à Lyon ; Dr du Rozelle, chef de travaux à l'Ecole d'Amiens ; Dr Emeri, suppléant à l'Ecole de Limoges ; Dr Follet, professeur à l'Ecole de Rennes ; Dr Gagnière, préparateur, chef de travaux à la Faculté de Montpellier ; Dr Gaudier, agrégé à Lille ; Dr Gervais de Rouville, agrégé à Montpellier ; Dr Guibert, aide-préparateur à la Faculté de Lille ; Dr Guilhem, chargé de cours à Toulouse ; Dr Hébert, préparateur à la Faculté de Paris ; Dr Hobbs, agrégé à Bordeaux ; Dr Imbert, agrégé à Montpellier ; Dr Lambert, agrégé à Nancy ; Dr Le Dantec, agrégé à Bordeaux ; Dr Marfan, agrégé à Paris ; Dr Ménétrier, agrégé à Paris ; Dr Morlot, chef de clinique à l'Ecole de Dijon ; Dr Mouren, agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris ; Dr Nicolle, suppléant à l'Ecole de Rouen ; Dr Paviot, agrégé à Lyon ; Dr Poirier, agrégé à Paris ; Dr Roger, agrégé à Paris ; Dr Sébileau, agrégé à Paris ; Dr Suis, chargé de cours à la Faculté de Toulouse ; Dr Varnier, agrégé à Paris ; Dr Verdun, agrégé à Lille ; Dr Vigot, suppléant à l'Ecole de Caen ; M. Villeneuve, préparateur à l'Ecole de pharmacie de Montpellier.

NÉCROLOGIE

M. LE Pr de LACAZE-DUTHIERS

Membre de l'institut

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort, à l'âge de quatre-vingts ans, du Pr H. de Lacaze-Duthiers, l'éminent zoologiste.

Né le 15 mai 1821 à Montpezat, dans le Lot-et-Garonne, le baron Henri de Lacaze-Duthiers vint à Paris faire ses études de médecine. Ses prédilections scientifiques le portèrent à l'étude de la zoologie et, à peine âgé de 33 ans, en 1854, il était nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lille. Chargé d'une mission scientifique sur la Méditerranée en 1862, il y recueillit les éléments de ses remarquables recherches sur le corail, qui lui valurent d'être appelé en 1865 à la chaire de zoologie du Muséum. Trois ans plus tard, il occupait le même poste à la Sorbonne. En 1871, l'Académie des sciences l'appelait à la succession de Longet En 1886, M. Lacaze-Duthiers était élu membre de l'Académie de médecine.

Nous ne saurions apprécier avec une compétence suffisante l'œuvre du savant zoologiste. Qu'il nous suffise de rappeler que c'est à lui que l'on doit la création et l'organisation des deux laboratoires pour l'étude de la zoologie maritime de Roscoff et de Banyuls. C'est même près de cette dernière fondation que le savant désirait être inhumé. J. N.

FORMULES

IV. — Contre l'hémophilie chez les enfants.

Infusion de roses rouges.....		100 grammes.
Sirop de roses..............	àà	30 —
— de cachou...........	àà	30 —
Extrait de ratanhia..........		2 —
Eau de Rabel................		XV gouttes.
Alun pulvérisé...............		0 gr. 50.

(Cadet de Gassicourt.)

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 14 juillet au samedi 20 juillet 1901, les naissances ont été au nombre de 1,201 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 453, illégitimes 142. Total 595. — *Sexe féminin* : légitimes, 455, illégitimes, 151. Total, 606.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 14 juillet au samedi 20 juillet 1901, les décès ont été au nombre de 850, savoir : 467 hommes et 383 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes ; Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2 F. 6.

T. 8. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 6, F. 3, T. 9. — Rougeole : M. 6. F. 6, T. 12. — Scarlatine : M. 2, F. 1. T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 9, F. 7, T. 16. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0. F. 0. T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 1, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 95, F. 74. T. 169. — Tuberculose des méninges : M. 9, F. 4. T. 13. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 3, T. 11. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 20. F. 33, T. 53. — Méningite simple : M. 11, F. 14, T. 25. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 22, F. 10, T. 32. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 29, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 5, T. 8. — Bronchite chronique : M. 6, F. 9, T. 15. — Pneumonie : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 25, F. 28, T. 53. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 8, F. 3, T. 11 ; autre alimentation : M. 32, F. 26, T. 58.—Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 7, F. 7, T. 14. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 3, T. 6. — Cirrhose du foie : M. 9, F. 1, T. 10. — Néphrite et mal de Bright : M. 17, F. 6, T. 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 4, T. 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F, 4, T. 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement: M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 18, F. 16. T. 34. — Débilité sénile : M. 11, F. 10, T. 21.— Morts violentes : M. 33, F. 12, T. 45.— Suicides : M. 13, F. 6, T. 19. — Autres maladies : M. 53, F. 36, T. 89. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 9, T. 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 57, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 24, illégitimes, 10. Total : 34. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 4. — Total : 23.

Médailles d'honneur des épidémies. — Par arrêté en date du 22 juillet 1901, la médaille d'honneur des épidémies, en bronze, a été décernée à M. Valentino, élève du service de santé de la marine : a fait preuve d'un réel dévouement en qualité d'interne suppléant à l'hôpital civil de Versailles, chargé du service des diphtériques auprès desquels il a contracté une grave atteinte de la maladie.

Distinctions honorifiques. — Sont promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Clavier, médecin de la marine, en retraite.

Au grade de chevalier : M. Morat, professeur à la faculté de médecine de l'Université de Lyon.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Edouard Tordeus, agrégé de l'université libre de Bruxelles, ex-professeur de clinique pour les maladies infantiles à l'hôpital Saint-Pierre, auteur d'un grand nombre de travaux scientifiques ; de M. Lecorno, pharmacien à Lorient, mort subitement en présidant la distribution des prix de l'école laïque de Larmor.

— M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, vient d'être cruellement frappé. L'un de ses frères, M. Albert Monod, de Bordeaux, est mort à La Bourboule où il se trouvait en séjour avec sa femme et sa fille, mariée au chirurgien Jules Reboul, de Nimes. Cette mort met en deuil une famille nombreuse et étroitement unie. Nous adressons à M. Henri Monod toutes nos sympathies. (*Le Temps* du 26 Juillet 1901).

L'affaire de Lariboisière. — On se souvient de l'empoisonnement survenu à Lariboisière : par suite d'une erreur, une infirmière avait administré des lavements au chlorure de zinc au lieu de lavements au miel de mercuriale. La 11e chambre correctionnelle a condamné l'infirmière, Mlle Leullier, à trois mois de prison et, comme responsables de l'accident, Mlle Gauthier, surveillante, à deux mois de la même peine, et M. Faure, directeur de l'hôpital, à quinze jours de prison et à 300 francs d'amende. application de la loi Béranger a été faite aux trois inculpés en ce qui concerne l'emprisonnement.

L'Institut Pasteur. — Le Cours et les Manipulations du nouveau service d'Analyse et de Chimie appliquée à l'hygiène (2e année) commenceront le mardi 5 novembre. Ce Cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels ; il peut donner lieu à un Certificat. Pour les conditions, s'adresser 26, rue Dutot (Service d'Analyse).

Le restaurant des étudiants. — Le fameux restaurant coopératif, pour lequel M. Charles Gide avait donné une conférence en novembre dernier, est à peu près constitué, au capital de 35.000 francs en 1.400 actions, dont 862 sont déjà souscrites.

Les étudiants trouveront la une nourriture économique et hygiénique à la fois. Ils n'auront point d'alcool, mais ils auront d'éminents professeurs : MM. Ch. Gide, Ernest Lavisse et Lyon-Caen comme président et membres de leur conseil d'administration. L'ouverture du restaurant aura lieu le 15 octobre. Vers la même époque, aura lieu une réunion générale des actionnaires, à laquelle pourront assister tous les étudiants sur la présentation de leur carte. (*Le Journal.*)

Concours de l'adjuvat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Chevrier et Piquand.

Un docteur malgache. — M. Ramisiray est le premier Malgache qui a obtenu le diplôme de docteur en médecine.

Le sujet de sa thèse était : « *Pratique de la Médecine malgache* ». M. le Dr Ramisiray va retourner à Madagascar pour y exercer son art.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 32. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 10 AOUT 1901

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES OSTÉOMES DU COUDE
consécutifs aux luxations réduites.

Par le **Dr L. LONGUET**,
Assistant suppléant de Consultation Chirurgicale.

(*Suite et fin.*)

La description **anatomo-pathologique** des ostéophytoses du coude après luxation réduite est difficile à tracer. D'abord parce que la conformation de ces végétations exubérantes est extrêmement variable, non seulement d'un malade à l'autre, mais chez le même sujet suivant la date où on l'observe. Ensuite, parce que la tumeur est longtemps diffuse et manque d'homogénéité dans son contours comme dans sa texture. Et vous aurez de suite la clef de ce polymorphisme si je vous dis que les coulées osseuses dont il s'agit se font au gré des décollements et des arrachements périostiques. Cependant si nous utilisons à la fois les constatations cliniques, radiographiques et opératoires, voici ce que nous savons : fait très particulier, les ostéomes, après luxation du coude réduite, siègent au devant de l'articulation. Ils sont *préarticulaires* et suivant les cas, préhuméraux, précubitaux, préhuméro-cubitaux ; exceptionnellement préradiaux (cas de Delorme). Ils occupent au-devant de l'article, une situation *médiane et un peu interne*, correspondant au trajet du brachial antérieur ; leur limite externe ne dépasse pas de beaucoup la ligne axiale du membre et confine au biceps. Ils ont une plus grande tendance à s'étaler du côté interne que du côté externe ; autrement dit, ils sont antéro-internes, masquant le versant interne de l'articulation ; sous-jacents à la moitié interne du pli du coude (cas de Charvot, de Ferron n° 1, de Ferron n° 2, de Delorme). Dans mon cas, l'ostéome allait si loin vers le côté interne qu'il était préépitrochléen, ne dépassant pas la ligne de la ligature humerale par son rebord externe. Très rare au contraire paraît être l'éventualité des ostéomes à siège antéro-externes. Je ne connais que le cas de Nimier, où la néoproduction s'insérait sur le bord externe de l'humérus.

Si l'on précise la topographie d'après la hauteur, on voit que l'ostéome peut être de situation élevée, exclusivement préhumérale, *sus-articulaire* (cas de Nimier, cas de Reynier), — ou moyenne, *pré-articulaire* (Charvot, Ferron n° 1, Ferron n° 2), — ou basse, précubitale, *sous-articulaire*, (cas de Loison, l'ostéome était situé en avant et au-dessous de l'apophyse coronoïde du cubitus) — ou *mixte* enfin, c'est-à-dire empiétant sur l'un ou sur les trois territoires : huméral, articulaire ou antibrachial. Le type de cette variété mixte est le cas de Delorme vérifié opératoirement : « La tumeur prenait son insertion sur l'humérus, entre les insertions du brachial antérieur et la capsule ; puis descendait au-devant de la capsule sans adhérer notablement à ses fibres ; enfin se prolongeait derrière le tendon du brachial antérieur jusque près de ses insertions cubitales et même passait sous l'insertion radiale du biceps ». Tel était aussi le cas de Yvert, et notre cas. Mais il y a dans cette détermination topographique, une cause d'erreur qu'il faut connaître, c'est que l'ostéome s'élève avec la flexion, et s'abaisse avec l'extension ; aussi peut-on le trouver plus ou moins haut situé suivant que l'angle de l'articulation est plus ou moins ouvert. Ainsi dans notre observation, la tumeur ne paraissait guère remonter à plus de 3 travers de doigt sur le champ huméral, lors de l'examen clinique ; et cependant, sur la radiographie, qui fut faite en flexion prononcée, elle atteint et dépasse le tiers moyen de l'humérus. Je décrirai successivement trois parties dans l'ostéome : une extrémité libre que l'on peut appeler *tête* ; une partie moyenne ou *corps* ; enfin une racine ou *base*.

A. L'extrémité libre, ou *tête* de l'ostéome, est perdue au sein des parties molles. Elle est arrondie ou effilée. Dans ce dernier cas, elle affecte une disposition très singulière, se terminant en une pointe unique, unifide (cas de Reynier) ou bifide (cas de Delorme) ou trifide (cas personnel). Elle est dirigée en haut le plus souvent ; toutefois, dans le cas de Reynier et dans celui de Delorme, elle filait en bas vers l'avant-bras. Dans le cas de Delorme, les 2 pointes interne et externe de la fourche occupaient la dépression en V qui existe normalement à la région du pli du coude.

B. Le *corps* de l'ostéome est planiforme, ou arrondi, ou cylindrique, ou bilobé, quelquefois granuleux. Il

est verticalement *orienté* dans son ensemble, tantôt régulièrement vertical, tantôt oblique en haut et en dehors (cas de Charvot, de Ferron, n° 1, de Nimier) ou oblique en haut et en dedans. Mais je ne sache pas qu'il ait été jamais constaté transversal, à la manière des plaques osseuses rétroépitrochléennes, et rétroépicondyliennes des luxations anciennes du coude. Le fait le plus constant, c'est que le corps comme la tête, reste indépendant *du squelette* sous-jacent, sur lequel on peut l'ébranler, le mobiliser transversalement. Cet intervalle qu'il est difficile d'apprécier quelquefois en clinique, est très net sur l'image radiographique prise dans le sens transversal. Ainsi, dans le cas de Nimier, l'ostéome paraissait adhérer sur toute sa surface à l'humérus ; et cependant la radiographie démontra un large interstice entre les deux. Dans notre cas, l'examen radiographique nous fit voir que la distance qui séparait l'ostéome du squelette était beaucoup plus considérable que nous ne l'avions appréciée lors de l'examen clinique. L'indépendance reste la même vis à vis du *paquet vasculo-nerveux*. L'artère et la veine humérale, le nerf médian cheminent sur la face antérieure de la tumeur ou sur son bord externe, tantôt directement en s'y creusant une gouttière, tantôt indirectement par l'interposition des fibres musculaires du brachial antérieur. Si bien que les accidents de compression sont rares, mais ils peuvent s'observer (cas de Yvert). La capsule articulaire, comme le squelette, reste indépendante (cas de Yvert, etc.). Il résulte de ce fait qu'opératoirement le chirurgien n'a pas à ouvrir la cavité articulaire. Toutefois quelques adhérences peuvent se faire entre le corps de l'ostéome et les ligaments, comme cela a été constaté par Delorme. Les connexions affectées par le corps de l'ostéome *avec les muscles* sont au contraire plus étroites et très étendues. C'est dans l'épaisseur même du muscle, presque toujours dans le brachial antérieur que s'infiltre la coulée ossiforme. De là la grande difficulté de l'extirpation. Il me semble qu'à cet égard, les constatations sont différentes suivant l'âge de la tumeur. Ainsi, dans l'observation de Delorme, la tumeur était nettement *encapsulée* dans le brachial antérieur, à la face profonde de celui-ci, et cette enveloppe fibreuse de près de un centimètre d'épaisseur, permit de faire une ablation sous-capsulaire. Mais l'ostéome datait déjà de 5 mois. Au contraire, dans le cas de Reynier, il n'y avait pas d'encapsulement ; il fallut disséquer fibre à fibre, dissocier la tumeur qui était infiltrée dans le muscle. De même dans le cas de Yvert, c'est le muscle lui-même qui était transformé en un tissu osseux. Or, dans ces deux derniers cas, il s'agissait de tumeurs encore jeunes dont le début ne remontait qu'à quelques semaines.

Si l'on examine le corps de l'ostéome, libre de toute partie molle, on voit qu'il affecte une *forme* essentiellement variable ; tantôt c'est celle d'une plaque à surface régulière ou irrégulière ; tantôt c'est celle d'une colonne ou d'un cylindre ; plus souvent c'est celle d'une pyramide à base inférieure parallèle au pli du coude, à sommet supérieur (Yvert, Ferron, n° 2). Quelquefois, la surface est indiscontinue, et percée de trous, analogues à ceux qui ont été représentés par Cruveilhier comme ostéophyte du coude, après luxation ancienne. Le cas de Nimier répond à cette disposition. Un de ces foramen « était ovale, siégeait vers l'extrémité inférieure, mesurait 2 centimètres de long et 1 centimètre de large. L'autre, de même dimension, occupait la face antérieure. » Il semblerait donc, d'après ces données, que le périoste générateur de l'ostéophyte, se détache tantôt en membrane régulière, tantôt en lambeau perforé.

Les *dimensions* du bloc osseux peuvent être surprenantes et vraiment considérables. La masse s'étendait à 3 travers de doigt au-dessus du pli du coude (Charvot, Ferron, et cas personnel), à 4 centimètres (Ferron, n° 2) et 6 centimètres (Delorme), au-dessus de l'épitrochlée. Le plus volumineux de tous est celui de Nimier, qui mesurait 14 centimètres de hauteur, sur 4 centimètres de largeur, et 2 centimètres d'épaisseur. Le *volume* moyen est comparé à celui d'un œuf (Charvot, Ferron, n° 2). La *consistance* de l'ostéome augmente avec son ancienneté : elle est d'abord élastique tant que la masse n'est que cartilagineuse, puis elle devient osseuse, pierreuse. Mais, pendant plusieurs semaines, elle est mixte, molle par places, osseuse ailleurs. Ce manque d'homogénéité s'explique parce que ces différentes régions n'arrivent pas toutes simultanément au même stade d'évolution. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles la masse n'a été enlevée que par un morcellement pénible et presque toujours insuffisant. Des noyaux cartilagineux ont échappé à la curette et à la rugine, qui plus tard devinrent des grains osseux.

C. La base ou *racine* de l'ostéome se perd dans le squelette. Cette implantation, sessile ou pédiculisée, est tantôt *basse*, antibrachiale et coronoïdienne (Ferron, n° 1, Loison, n° 1, cas personnel) : tantôt *haute* ou humérale (Delorme, Reynier, Nimier). Dans le cas de Delorme, elle se faisait sur l'humérus entre les insertions inférieures du brachial antérieur et celles de la capsule ; dans celui de Nimier, sur le bord externe de l'humérus au niveau des insertions supéro-externes des muscles (épicondyliens ?), dans celui de Reynier sur l'humérus notablement au-dessus de l'articulation. Il est intéressant de remarquer que, le cas de Nimier excepté, toutes ces surfaces d'implantations correspondaient au territoire géographique des insertions du brachial antérieur, sur le périoste huméral ou coronoïdien. Si l'on gratte cette base, on la trouve constituée par du tissu spongieux, mais, en allant plus profondément, on rencontre la diaphyse compacte de l'os normal.

La *texture* est très caractéristique. C'est celle d'un os jeune. A la coupe, on trouve une lame osseuse périphérique de tissu compact, engainée ou non d'une membrane fibreuse, qui sert de périoste nourricier. Au centre, c'est du tissu spongieux et aréolaire. Kiener par l'examen histologique, vérifia qu'il s'agissait bien d'os vrai avec ses ostéoblates spécifiques. Dans le cas qu'il étudia, il nota que ce tissu osseux était très vasculaire, analogue à celui d'un os jeune, en voie de développement, en pleine croissance. Nous retrouvons donc en somme une structure et une évolution tout à fait semblables à celles du cal. Il est bien facile de comprendre maintenant pourquoi l'examen radiographique donne des renseignements en si complète discordance avec la clinique. Ce fait est dû à ce que l'image radiographique est celle du seul tissu osseux, à l'exclusion du tissu cartilagineux. Or celui-ci existe transitoirement tout comme dans un cal. Il en résulte que, pour avoir des renseignements parfaits par la radiographie, il faut avoir affaire à des ostéomes anciens, parce qu'ils sont totalement ossifiés.

Telle est la description qui résulte de l'analyse des faits publiés jusqu'ici. Nous voyons en résumé que l'ostéome, comme toutes les végétations osseuses et les ostéophytes, est essentiellement variable dans tous ses caractères morphologiques. Mais il devient d'autant

mieux individualisé, comme forme, volume, contours, consistance et indépendance des tissus voisins, qu'il est de date plus ancienne. En cela, il se comporte en tous points comme les jetées ostéophytiques qu'on observe dans les cicatrices anciennes. A une différence près; c'est que ces dernières sont plus volontiers rétro-articulaires, rétro-épitrochléennes, rétro-épicondyliennes. Y aurait-il donc là dans le siège, un élément différentiel de réelle valeur qui défende le rapprochement que je poursuis avec tant d'insistance, entre les ostéomes après luxation réduite et les ostéomes après luxation ancienne? Non, certes. Je rappellerai d'abord qu'en cas de luxation ancienne, il se produit parfois des ossifications préarticulaires, partant de l'apophyse coronoïde. L'Atlas de Cruveilhier en représente de magnifiques exemples. Ensuite, je crois pouvoir aller plus loin et être en mesure de démontrer aujourd'hui qu'en cas de luxation réduite, et contrairement à ce qui se dit, l'ostéome siège parfois ailleurs que dans le seul muscle brachial antérieur; ailleurs que sur la seule face antérieure, mais bien sur les côtés et même en arrière, tout comme dans les luxations anciennes. Voyons ce qui justifie cette manière de voir. Et d'abord, il est singulièrement curieux que le brachial antérieur soit parmi les muscles périarticulaires « ligaments actifs » du coude, le seul qui ait la propriété d'arracher son périoste d'implantation. Pourquoi cet exclusivisme? Ensuite si nous relisons attentivement les observations, nous voyons que dans mon cas, la plaque préépitrochléenne débordait si loin vers le côté interne, qu'elle avait dépassé de beaucoup le champ d'insertion du brachial antérieur. Dans le cas de Nimier, l'ostéome s'implantait sur l'humérus au niveau « de l'insertion supéro-externe des muscles. » Latéralement, Ferron, n° 1, constate qu'en outre d'un ostéome antérieur, il existe chez son malade « une augmentation de volume de l'épicondyle. » L'extrémité externe de l'humérus qui, après l'accident, n'avait pas présenté de solution de continuité, portait une pyramide triangulaire mesurant 3 centimètres 1/2 de base, et 3 centimètres de hauteur, se dirigeant en bas et en dehors. » Ne sommes-nous pas ici en pleine insertion du muscle long supinateur? En arrière, je lis dans l'observation de Nimier qu'en outre de la plaque osseuse préarticulaire, il y avait « un noyau osseux prolongeant l'olécrâne et limitant l'extension ». C'est là l'insertion du triceps dont les connexions avec le périoste olécrânien sont aussi intimes que celles du brachial antérieur avec le périoste coronoïdien. Voici donc des faits dont l'importance a été complètement méconnue. Après luxation réduite comme après luxation ancienne, les ostéophytes peuvent encercler toute l'articulation. A la conception étroite de l'ostéome exclusif du brachial antérieur, je suis amené à suppléer celle beaucoup plus générale et plus rationnelle de « l'ankylose cerclée des vétérinaires » partielle plutôt que totale. C'est dire que, pour moi, les ostéomes du coude après luxation se rattachent tout simplement à la pathologie articulaire en général, et ne constituent qu'un cas particulier d'ankylose périphérique post-traumatique.

Quatre hypothèses ont été mises en avant pour expliquer la PATHOGÉNIE des ostéomes en général. Si nous cherchons à les appliquer à la question qui nous occupe, nous voyons qu'on peut éliminer les trois premières.

I. La *transformation osseuse d'un foyer hématique* ou conception de Seydeler, Charvot, ne tient pas debout. L'hématome le plus dur et le mieux enkysté ne peut se transformer en tissu osseux vrai, s'il n'est ensemencé par la cellule spécifique l'ostéoblate. Si l'on acceptait cette transformation, ostéome et hématome seraient en rapport indissoluble et proportionnel l'un avec l'autre. Or, aucun fait ne permet d'établir pareille subordination. Même avec un épanchement insignifiant, l'ostéome peut faire son apparition. L'hématome est-il cependant dépourvu de toute influence causale? Non. Il est très rationnel d'admettre que le milieu sanguin forme pour la cellule osseuse un terrain très propice à la colonisation, tout comme cela se passe dans un cal.

II. *La myosite ossifiante* ou conception de Virchow, Smidt, Le Dentu, ne satisfait pas davantage. On ne peut comprendre pourquoi une cellule à caractère très nettement différencié comme la cellule musculaire se transformerait en cellule osseuse, à l'occasion d'un traumatisme : même après avoir regagné le stade embryonnaire.

III. La conception des « *os sésamoïdes aberrants* » de Bard est plus soutenable. Mais, ici, pourquoi parler d'os sésamoïdes, puisque la jetée osseuse se continue et s'implante directement par sa base dans l'une des épiphyses du voisinage. Elle s'en détache à la manière d'une exostose.

IV. La conception de l'*arrachement périostique*, ou théorie de Orlow est la véritable interprétation; c'est celle à laquelle nous devons nous rallier. La tumeur est constituée par de l'os vrai; on peut donc affirmer que des cellules osseuses ont présidé à son éclosion. Or, ces cellules, il est bien simple d'admettre qu'elles proviennent du squelette lui-même, et spécialement de sa couche encore en pleine évolution chez les malades dont il s'agit, c'est à-dire de la couche sous-périostée. Nous dirions volontiers qu'il s'agit d'un cal sous-périostique « mais ectopié. » Au lieu de se former « *in situ* » dans la zone du décollement, ce cal a été transplanté à distance et végète avec exubérance loin du squelette dont il se détache. La cause de cet arrachement périostique s'explique suffisamment dans le cas d'un traumatisme aussi grave que celui d'une luxation. Et l'arrachement ne peut guère procéder que par vastes lambeaux, étant donné la résistance et la continuation libre à fibre de ce périoste avec les ligaments vrais ou « passifs » et avec les fibres d'insertion musculaire péri-articulaire ou « ligaments actifs ».

Quelle est maintenant la raison de la transplantation du lambeau périostique? C'est ici qu'on fait intervenir le facteur muscle. La *contraction* musculaire étire dans le sens de ses fibres la plaque de décollement, en même temps qu'elle la plisse et la bouleverse dans son arrangement. De là l'extrême variabilité des ostéomes consécutifs aux luxations. Je crois qu'il faut aussi accorder une place à la « *rétraction* » musculaire consécutive. Les fibres musculaires qui perdent leur point d'insertion fixe se raccourcissent; la flaccidité de la plaque mobile qui leur sert d'implantation inférieure, facilite un raccourcissement réel. Ces phénomènes se passent de préférence dans le muscle brachial antérieur parce que, de tous les muscles périarticulaires, c'est celui qui affecte le rapport le plus intime avec l'article, et par suite celui qui, dans une luxation en arrière, se trouve le premier et le plus constamment violenté. Si la luxation était d'une autre espèce, un autre muscle serait intéressé le premier. Est-ce à dire que seuls les muscles ou « ligaments actifs » ont le rôle de gubernaculum dans les transplantations des lambeaux périostiques? Ici encore, je ne suis pas disposé à accepter

l'exclusivisme des chirurgiens qui ont écrit sur ce sujet. S'il en était ainsi, l'ostéophyte ne devrait s'épanouir que dans le sens de la contraction musculaire. Ainsi pour le brachial antérieur, l'ostéome devrait affecter une constante direction ascendante ; pour les muscles épitrochléens, une constante direction descendante, etc. Or, il s'en faut que cette régularité mathématique se trouve confirmée dans tous les cas. Il arrive, par exemple, qu'un ostéome dit « du brachial antérieur » au lieu d'être ascendant, affecte, après avoir pris une insertion haute sur l'humérus, un trajet arciforme, récurrent et descendant, de sens contraire à celui de la contraction musculaire ; c'était le cas dans l'observation de Reynier. Je crois donc, envisageant toujours la question au point de vue général des ankyloses, que l'ostéophytose due à des décollements périostiques est gouvernée, comme les ostéophytoses des luxations anciennes, tantôt par les muscles ou « ligaments actifs », mais tantôt aussi par la capsule et les fibres ligamentaires, c'est-à-dire par les « ligaments passifs ».

Cliniquement, l'entrée en scène des ostéomes après luxation réduite est tout à fait insidieuse. Quelques jours après l'accident, le médecin qui pratique le massage remarque que l'hématome dont il cherche à obtenir la réduction persiste et s'*indure* ; le malade s'inquiète parce que les mouvements, au lieu de reprendre leur amplitude progressive, deviennent au contraire de *plus en plus limités* et douloureux. Et ce début sournois peut être extrêmement précoce. Ainsi, Charvot s'aperçoit quelques jours après l'accident que le coude offre de la raideur et une aggravation de l'état fonctionnel. Ferron, 8 jours après la réduction, constate une tumeur à la place de l'hématome. Même précocité dans le cas de Delorme, même précocité dans celui de Yvert, où 15 jours après une tumeur dure est nettement observée ; même précocité dans le cas de Nimier, ou 9 jours après, il existait une tumeur dure comme de l'os. Enfin, dans notre cas, le diagnostic était évident au bout de 15 jours. Le cas de Reynier est le seul jusqu'ici où l'apparition de la tumeur ait été précédée d'une complète restauration de la fonction. Mais, en règle générale, il y a toute une phase de transition absolument insidieuse, entre les phénomènes primitifs et les phénomènes consécutifs, entre l'hématome-tumeur et l'ostéome-tumeur, entre l'impotence fonctionnelle due au traumatisme articulaire et la raideur due à l'ostéophytose croissante. Si bien que le clinicien le plus expérimenté reste quelques jours dans l'incertitude. Et le doute ne peut être levé par la radiographie, puisqu'à cette époque, la jetée nouvelle purement cartilagineuse ne donne aucune ombre appréciable sur l'écran. Lorsqu'après quinze jours ou trois semaines, chez un jeune sujet, une luxation du coude réduite et sans fracture concomitante vérifiée par la radiographie, s'accompagne d'une tumeur et d'une impotence croissante, vous devez soupçonner un ostéome. En cas d'hématome simple, tous les symptômes vont en s'améliorant d'heure en heure ; en cas d'ostéome, ils s'aggravent de jour en jour.

La maladie confirmée se caractérise ainsi qu'il suit : l'*attitude* du membre est celle de la flexion à angle obtus (cas personnel) ou presque droit (Delorme). La région du pli du coude est tuméfiée d'une façon diffuse, et si, pour s'assurer de son *amplitude* anormale, on pratique la mensuration, on constate que le périmètre est de 1, 2 centimètres (Yvert) 2 cm 1/2 (Ferron n° 2) plus considérable du côté malade que du côté sain.

Indépendamment de l'ecchymose qui n'a pas toujours disparu, les téguments sont modifiés dans leur coloration ; ils ont sur le flanc antéro-interne de l'articulation, une teinte un peu plus foncée. En outre, ils paraissent un peu *soulevés* (cas de Yvert) ; et le pli du coude est complètement effacé sur la moitié interne de son trajet (cas personnel). Si le cas est déjà ancien, il y a en outre de l'*atrophie musculaire* (cas de Charvot). Au palper, on trouve une tumeur, de *siège* préarticulaire et interne — de *forme* variable, mais souvent prismatique et triangulaire, à sommet supérieur — de *direction* verticale, — de *limite* extrêmement diffuse, — de *dimension* remontant jusqu'à 3 travers de doigt et plus au-dessus du pli du coude, — du *volume* d'un œuf, — de *consistance* d'abord élastique, puis élastique et osseuse, enfin osseuse, — sans connexion avec la peau ni le tissu cellulaire souscutané ; sans connexion postérieure avec le squelette, sur lequel on la peut déplacer transversalement, mais infiltrée dans le plan musculaire, et en adhérence par sa base d'implantation avec l'un des os, l'humérus ou le cubitus, qu'elle suit pendant la flexion ou l'extension du coude.

A la pression, on détermine une certaine sensibilité douloureuse, qui peut quequefois éclater spontanément, par moments, ou continuellement, au niveau de la plaque néoformée.

La mobilité n'est que peu ou pas troublée dans l'articulation cubito-radiale, c'est-à-dire que la pronation et la supination ont leur amplitude à peu près normale ; mais il n'en est pas de même de la flexion et de l'extension, qui sont très gravement compromises dans tous les cas sans exception.

La flexion spontanée ne se fait que jusqu'à 45° (Ferron n° 1, cas personnel) ou que jusqu'à l'angle droit (Delorme, Yvert) ; et au-delà, on provoque des douleurs, sans obtenir beaucoup plus de mouvement. L'extension complète est également impossible, et douloureuse, si on force, malgré l'intégrité du triceps. Il semble donc que les muscles antérieurs (principalement le brachial antérieur), non seulement ne peuvent plus se fléchir, mais même qu'ils ne se laissent plus étendre par suite de leur rétraction, puisqu'il n'y a pas de cale osseuse postérieure qui s'oppose en arrière à l'extension. A un degré ultime, l'état fonctionnel est celui des ankyloses complètes, c'est-à-dire qu'il y a perte totale de toute flexion et de toute extension. Il faut s'assurer de l'état de chaque nerf individuellement, en particulier du médian. Leur souffrance, se traduit par des engourdissements et des fourmillements dans l'avant-bras (cas de Charvot), soit spontanément (Yvert), soit pendant les mouvements provoqués (Delorme), ou même par des troubles trophiques dans la main (Yvert). Dans ce dernier cas, il y avait en outre compresssion de l'artère humérale décelable par une diminution de l'ampleur du pouls radial, et une compression de la veine humérale marquée par une gêne de la circulation en retour.

Quelle est la destinée de l'ostéome abandonné à lui-même ? Nous manquons de renseignements à ce sujet ; mais il est probable qu'il subit l'évolution de l'ostéogenèse en général, et celle du cal en particulier, c'est-à-dire qu'après une phase d'augmentation, puis d'état, il tend à régresser quelque peu, mais s'il en est ainsi, l'état fonctionnel n'en est pas amélioré, car l'atrophie musculaire est de plus en plus marquée. Delorme, qui a observé un malade 5 mois après l'accident, l'a trouvé dans un état très voisin de l'ankylose totale.

On a dit que les ostéomes peuvent se résorber com-

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT
LYSOL
ÉCHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris

plètement, principalement sous l'influence des massages. Pour être en mesure d'affirmer l'existence de cette heureuse éventualité, il faut la démontrer et la vérifier par radiographie. Or, cette preuve manque encore, et il est logique d'admettre que les faits donnés comme tels n'étaient en réalité que des hématomes. Cette guérison complète existerait-telle que l'on ne devrait pas en tous cas l'escompter tant elle est exceptionnelle.

Le **diagnostic** est d'autant plus difficile que la tumeur est plus jeune et moins ossifiée. La radiographie permet de conclure dans le sens positif dès qu'on constate un point opaque sur l'écran. Il est regrettable que les renseignements ainsi obtenus soient si tardifs ; ici, la clinique est en avance sur la radiographie, mais elle n'en doit pas moins se compléter par elle. Il est deux erreurs à éviter : c'est la confusion avec un hématome simple ; ou avec une fracture articulaire se terminant par cal exubérant.

J'ai déjà fait remarquer qu'en cas d'hématome, tous les symptômes vont en s'améliorant, à l'inverse de ce qui a lieu dans l'ostéome. En outre, la consistance d'un épanchement sanguin est moins élastique, plus dépressible et non osseuse. On a donné un moyen de s'assurer que la néoproduction est bien osseuse, c'est de l'explorer par une aiguille stérilisée. La pénétration est impossible ou tout au moins difficile, s'il s'agit d'ostéome ; elle est facile, s'il s'agit d'hématome. A la condition d'éviter la zone vasculaire, où il faut craindre l'éventualité d'un anévrysme artério-veineux, ce mode d'investigation n'a pas grand inconvénient, et peut être, le cas échéant, mis à l'épreuve. Dans la *fracture articulaire*, trochléenne ou coronoïdienne vicieusement consolidée, la jetée osseuse fait intimement corps avec le squelette, elle est moins avancée, d'aspect différent sur l'image radiographique. L'hypothèse d'une *exostose* d'un *enchondrome*, d'un *sarcome*, ne serait à discuter que si le malade, de mauvaise foi, trompait le chirurgien sur les commémoratifs du traumatisme, ou s'il mettait sur le compte de ce trauma une tumeur déjà ancienne dont il ne se serait aperçu que récemment.

Le *pronostic* est assez sérieux pour que l'ostéome du coude compte parmi les plus graves complications des luxations. La perte totale ou partielle de la fonction est la conséquence à peu près fatale, et l'incapacité de travail est la résultante, surtout s'il s'agit du membre droit. Dans un instant, nous rechercherons quel bénéfice le malade peut espérer d'une intervention, et par suite nous verrons si la chirurgie apporte au pronostic quelque modification.

Le **traitement** des ostéomes du coude après luxation réduite est différemment compris dans ses indications. La formule à laquelle on se range en général est celle-ci : « *Les ostéomes du coude doivent être traités par le massage et l'électrisation* ; on les respectera s'ils ne sont ni trop volumineux, ni trop douloureux, et s'ils ne gênent pas trop les mouvements du membre. » Favier, Smidt, Berger.

J'estime qu'il y a lieu aujourd'hui de renverser complètement cette proposition et de la remplacer par la suivante. « *Tous les ostéomes du coude ressortissent à l'ablation sanglante*, à quelques rares exceptions près. » Quelles sont, en effet, les raisons dont s'autorisent les abstentionnistes ? Ils en font valoir deux : la *gravité opératoire*, la *guérison possible par le seul massage*.

Comme preuve de la gravité opératoire, on rappelle toujours que les premières extirpations d'ostéomes (il s'agissait d'ostéomes des adducteurs) furent suivies de mort par infection purulente. Aujourd'hui encore M. Delorme, cité par Reynier, estime que l'opération n'est pas tout à fait sans danger. Reynier, en 1899, écrit : mon malade n'eut pas de fièvre, mais malgré toutes les précautions antiseptiques, il se forma quelques gouttes de pus à la partie supérieure de la plaie cutanée, et je dus faire sauter un fil : « Tous ces faits montrent qu'en touchant aux cellules périostées, nous nous trouvons là dans un milieu particulièrement absorbant. »

Je ne partage pas ces craintes ; j'ai fait personnellement assez d'ablations d'exostoses pour admettre comme démontrée la bénignité absolue de ces opérations, en cas d'exostose traumatique ou non à la condition qu'on ne morcelle pas. Pendant longtemps, la suture de la rotule fut considérée comme une intervention grave, dont on mourait par infection purulente. Actuellement, nous savons ce qu'en pensent les chirurgiens rigoureusement aseptiques. Il en est de même ici, pourvu qu'on opère avec la plus scrupuleuse asepsie, et qu'on évite toute manœuvre, comme celle qui consiste à mettre à chaque instant les doigts dans la plaie pour en extirper les copeaux osseux, et qu'enfin on renonce au morcellement.

La *guérison possible par le seul massage* repose sur un fait de Delorme (il ne s'agissait pas d'ostéome après luxation réduite.) « Dans ce cas, la tumeur avait tellement diminué au bout de 2 mois de massage qu'on renonça à opérer ». Y a-t-il eu vérification de l'apparition et de la disparition de l'ostéome par radiographie ? Ne s'agissait-il pas simplement d'un hématome ? On ajoute qu'à défaut de résorption totale, il y a des faits certains de régression partielle par le massage. Cette régression existe bien, j'ai même insisté plus haut sur sa signification. Mais elle n'est jamais que partielle et pourquoi prétendre qu'elle est le fait du massage. Voici que, pour lutter contre l'atrophie musculaire, on préconise le massage afin d'activer la nutrition de la cellule musculaire, et, d'autre part, voici que, sur la cellule osseuse transplantée, on prescrit le même massage dans le but d'obtenir un effet diamétralement opposé, c'est-à-dire l'atrophie ? Un raisonnement logique permettrait de soutenir que l'influence du massage a pour résultat de favoriser le développement des ostéomes ? Probablement, la vérité est entre ces deux opinions extrêmes, c'est-à-dire que le massage a un effet indifférent. Certes, il y a régression partielle, mais je me l'explique suivant les lois de l'ostéogénie normale, et suivant celles des cals en particulier. Comme tous les cals, l'exostose traumatique grandit, stationne, et décroît un peu ; mais une fois l'organisation définitive établie, la lésion est et reste définitive. Concluons donc qu'aucun des arguments mis en avant par les abstentionnistes n'a de valeur décisive. Voyons maintenant quels arguments je puis apporter à la défense de l'intervention systématique.

C'est d'abord le *pronostic très sérieux* de l'affection abandonnée à elle-même ; c'est la perte de la fonction partielle ou totale dans tous les cas (12 fois sur 12) ; c'est l'état d'ankylose périphérique.

Ensuite, c'est l'*indication symptomatique* qui découle avec netteté des douleurs, des troubles trophiques ou de compression, ainsi que des conditions sociales, le plus grand nombre des malades ayant besoin de la mobilité de leur coude.

C'est enfin l'*analogie* qui réunit au point de vue thérapeutique l'exostose traumatique et l'exostose non traumatique. Il me paraît certain que, pour l'une comme pour l'autre, l'extirpation est le traitement de choix.

*

Qu'il soit donc admis que l'opération est le vrai traitement des ostéomes du coude après luxation. Une deuxième question se pose maintenant, plus difficile à trancher ; c'est celle « du moment d'intervenir ». Ici encore, règne le plus grand désaccord. Certains interventionnistes *précoces*, penseront qu'il faut opérer le plus tôt possible. Il y a des interventionnistes *tardifs*, qui font valoir que l'acte opératoire retardé est plus facile. Je crois que la meilleure conduite n'est ni celle des uns ni celle des autres. En effet, opérer *trop tôt* c'est à coup sûr s'exposer à laisser des parcelles cartilagineuses, qui échappent à l'exérèse et qui ultérieurement évoluent pour leur compte. La preuve en est donnée par une observation de Loison, où une radiographie prise quelque temps après l'opération démontra que l'ostéome persistait en partie. Dans un cas que j'ai eu l'occasion de voir, il y a 6 mois, l'opération avait été suivie d'une véritable récidive telle qu'il y avait plus de tissu osseux après qu'avant l'ablation.

Opérer *tard*, c'est se mettre dans de meilleures conditions pour éviter une extirpation incomplète et insuffisante. C'est se mettre dans les conditions d'une opération plus facile, car la tumeur est mieux capsulée, plus résistante et plus homogène. Mais deux très graves objections sont à prévoir : 1° la perte du temps pour le malade, qui ne peut ainsi consacrer 8 à 10 mois à sa guérison ; 2° L'éventualité d'une atrophie musculaire beaucoup plus marquée que si on agit plus précocement. Voilà pourquoi la conduite la meilleure me paraît intermédiaire, c'est-à-dire qu'elle consisterait à agir aussitôt que la radiographie permet de supposer l'ossification complètement achevée, et la cartilaginisation totalement disparue.

Au point de vue de la TECHNIQUE, l'opération a toujours été exécutée de la même manière. Après une incision *petite* et éloignée des vaisseaux et des nerfs, la tumeur a été extirpée, morceaux par morceaux, à la gouge, à la rugine, et au ciseau. Chaque morceau a été libéré, ébranlé, puis enlevé avec le doigt ou des pinces ; toute incision à distance a été redoutée ; et l'on fit *l'ablation sous-capsulaire*. C'est là, en somme, la pratique du *morcellement*, telle qu'elle a été réalisée et préconisée dans la chirurgie osseuse par Péau. Récemment même, au congrès de 1897, ce chirurgien allait jusqu'à recommander l'astragalectomie par morcellement. Or, les résultats de cette manière de faire ayant été constamment insuffisants dans tous les cas que j'ai consultés, je crois le moment venu de rompre complètement avec ce manuel opératoire.

Pour ma part, je commencerai de parti pris par une très *longue incision* et par une *découverte du paquet vasculo-nerveux*, afin de le récliner suivant les besoins en l'ayant sous l'œil à chaque moment. La très longue incision a pour but de donner beaucoup de jour et permet de manœuvrer à la périphérie de l'ostéome, sans le morceler, ni l'attaquer par le centre, par voie étroite.

Dans l'*ablation* de la tumeur, je renonce complètement à la manœuvre du morcellement, c'est-à-dire à l'ablation fragment par fragment, esquille par esquille, copeau par copeau. Pour moi, ce n'est là qu'un expédient. Ici comme pour toute la chirurgie en général, sans excepter la chirurgie de l'utérus, le but à viser doit être l'ablation monofragmentaire. Il est clair en effet que l'opération sera singulièrement plus facile, mieux réglée, et plus à l'abri des contaminations chaque fois, qu'on pourra substituer au morcellement l'*extirpation globale* au bistouri, telle qu'on la pratique en chirurgie osseuse pour toute tumeur. Mais il faut pour cela une très longue incision de découverte, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Un point mérite discussion ; c'est celui du plan de clivage à suivre. Dans l'éventualité de l'ostéome engainé, faut-il décoller en dedans ou en dehors de cette membrane ? L'ablation sous-capsulaire étant la plus facile, c'est celle à laquelle on a donné la préférence. Mais on peut craindre que la membrane nourricière ainsi laissée en place ne donne lieu à un suintement sanguin et surtout à la récidive, car elle est douée de propriétés ostéogéniques. Aussi peut-on avancer que l'*extirpation extra-capsulaire* est la plus rationnelle quitte à exciser tout ce qui est fibreux dans les muscles, car c'est là du tissu inutile au point de vue de la fonction. Seuls les nerfs et le biceps doivent être respectés. Les nerfs, parceque ce serait une grosse faute de les couper ; le biceps, parcequ'il faut au moins conserver un muscle fléchisseur sur deux. Quant à la base d'insertion, elle doit être abrasée jusqu'à ce qu'on rencontre la surface diaphysaire compacte.

En l'absence de morcellement, on peut refermer sans le moindre drainage. Aussitôt la réunion par première intention constatée, le traitement consécutif, qui est alors le massage et l'électrisation, est à instituer et à surveiller avec le plus grand soin.

Si je substitue à l'ancienne technique un manuel opératoire tout différent, consistant dans la très large découverte, l'extirpation globale, et la suppression de tout ce qui fait obstacle, en ne me préoccuppant que des nerfs, c'est que j'ai des raisons sérieuses à faire valoir. Quels sont en effet les *résultats* obtenus jusqu'ici : « Si l'asepsie a été rigoureuse, dit Reynier, vous aurez le plaisir de renvoyer votre malade complètement guéri, en possession de l'intégralité des mouvements d'une articulation dont le jeu semblait à jamais compromis ». C'est je l'espère, le résultat que l'on obtiendra dans l'avenir lorsqu'on aura renoncé à l'ancienne technique. Mais actuellement, il s'en faut de beaucoup qu'avec le manuel qui a été suivi, on ait obtenu un tel succès, au moins en cas d'ostéomes après luxation du coude réduite. En effet que résulte-t-il de mon relevé ? Sept cas ont été opérés (Delorme, Yvert, Nimier, Loison-Robert, Loison, Reynier, enfin cas personnel, opéré par X...) Sur ces sept faits, nous relevons deux résultats inconnus (Nimier, Loison), une guérison fonctionnelle absolument totale (Reynier), mais ce résultat a été constaté trois semaines après l'opération, et le malade n'a pas été revu. Or nous connaissons des cas aussi beaux après l'opération qui se sont ultérieurement terminés par récidive (cas de Yvert). Dans les quatre autres cas, sans aucune exception, le résultat a été à peu près nul. Delorme dit dans son cas : la palpation fait encore reconnaître au-dessus du pli du coude une légère induration ; la guérison n'est pas complète. Dans le cas de Yvert, le coude redevient libre, mais l'extension n'est totale que si on la provoque, il y a seulement amélioration. Dans le cas de Loison et Robert, il y a augmentation de la flexion et de l'extension, mais les mouvements ne reprennent pas toute leur amplitude. Dans un autre cas de Loison, une nouvelle radiographie démontre que l'ostéome persiste en partie, les mouvements du coude restent limités. Dans le cas que j'ai observé et que j'ai revu après l'opération, la restauration était nulle — et je puis ajouter, que dans un cas que j'ai vu il y a 6 mois — le résultat post-opératoire était absolument mauvais, soit en tout

six résultats médiocres ou nuls et un septième douteux.

Qu'il soit donc acquis que jusqu'ici la guérison intégrale reste à démontrer. En présence d'une faillite opératoire imminente, les malades n'ont rien à attendre des chirurgiens si ceux-ci persistent à ne pas les opérer différemment.

J'ai donc le droit de faire le procès des *incisions étroites*, et des manœuvres aveugles et pénibles du *morcellement* ainsi que de l'*ablation sous-capsulaire*, et d'espérer qu'avec l'asepsie pure, et avec un manuel opératoire diamétralement opposé, découverte très large, libération préventive du paquet vasculo-nerveux, extirpation périphérique globale au bistouri, extracapsulaire sans morcellement, excision des muscles fibreux et de tout ce qui tient, sauf le biceps et les nerfs, abrasion de la base d'implantation, réunion per primam, les résultats s'amélioreront notablement et se rapprocheront de plus en plus de la restauration fonctionnelle parfaite.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le logement des Infirmiers et des Infirmières dans les Hôpitaux de Paris.

Depuis de longues années le *Progrès Médical* et son rédacteur en chef mènent campagne en faveur de l'amélioration de la situation morale et matérielle du personnel secondaire de nos hôpitaux. C'est surtout au sujet des logements attribués par l'Administration aux infirmiers et aux infirmières, qui sont tout particulièrement défectueux. Nous ne dirons pas que les règles de l'hygiène y sont outrageusement violées, mais que les nécessités les plus ordinaires de la plus vulgaire propreté y font absolument défaut. Cette situation, honteuse pour Paris et pour l'Assistance, dangereuse même parce qu'elle éloigne de nos hôpitaux une foule de femmes de dévoûment et d'élite dont la dignité cependant se révolte devant la promiscuité qu'on impose aux infirmières, a été précisée dans plusieurs lettres adressées à notre journal (1). Nous recevons aujourd'hui les détails suivants qui prouvent que Beaujon ne le cède en rien à la Pitié, à la Charité, à Bicêtre et ailleurs.

Les dortoirs, nous écrit notre correspondant, sont sous le toit. On y accède par un escalier sale, étroit, non aéré. 2 dortoirs — dits dortoirs des infirmiers de jour — sont contigus et communiquent par une petite pièce très étroite.

1er Dortoir : long., 18 m. ; larg., 5 m. 20 ; haut., 2 m. 30 ; mansardé sur 2 m. 50 ; 3 fenêtres de 1 m. 20 sur 1 m. Le plafond en un point est fissuré et laisse passer la pluie.

Dans cette pièce, *13 lits*, quelques armoires (quelques infirmiers n'ont pas d'armoire et placent leurs effets sous le matelas ou dans les services).

2e dortoir : long., 8 m. ; larg., 7 m. 50 ; haut. 2 m.30 ; 2 fenêtres de 1 m. 25 sur 0 m. 90, et une lucarne de 0 m. 78 sur 0 m. 66, *9 lits*.

(1) Notamment, pour l'hôpital de la Charité, in *Progrès médical* du 20 juillet 1901, page 45.

Pour ces 2 dortoirs, un seul cabinet, sale. Pas de prise d'eau (il y en a eu une). Dans chaque pièce : 1 bec de gaz, 1 calorifère.

Ces pièces sont sales, obscures, sentent mauvais. Les murs sont noirs. Pour le nettoyage, à tour de rôle, les infirmiers sont de semaine. Ils lavent 2 fois par semaine, balayent une fois tous les autres jours.

Le temps du nettoyage est pris sur la sortie (de 6 h. à 10 h. ou de 8 h. à 10 heures). Pour les soins personnels, mêmes détails que pour les infirmières.

3e Dortoir des garçons de jour : long., 18 m. ; larg. 5 m. 30 ; haut., 1 m. 70. *Mansardé sur 3 m.*, pièce *basse, sale, obscure*, seulement 4 lucarnes de 0 m. 58 sur 0 m. 48, *9 lits*. Pas de bec de gaz, 1 calorifère.

Dans le coin mansardé, des cloisons verticales ; l'ensemble forme une série de placards, 1 cabinet avec une prise d'eau.

Veilleurs. Plusieurs petites pièces dont voici un type : long., 4 m. 50 ; larg., 4 m. ; haut., 2 m. 50 ; mansardé sur 2 *mètres* ; 1 fenêtre ronde de 0 m. 95 de diamètre, *4 lits*. Pas de calorifère, pas de gaz.

A répéter tout ce qui a été dit pour les infirmières concernant la toilette, les serviettes, l'eau, le savon, les tables de nuit, les lavabos, les cuvettes, etc., etc.

Jusqu'alors l'Administration avait fait la sourde oreille ; il faut dire que la presse politique, si sévère pour le personnel secondaire, s'était jusqu'ici fort peu inquiétée des conditions dans lesquelles il remplissait ses pénibles fonctions. Il paraît que notre campagne est sur le point de donner des fruits. Le directeur de l'Assistance publique, M. Mourier, se serait ému de cet état de choses ; il aurait été plus particulièrement frappé de la différence considérable qui existe entre la situation faite à Londres aux « nurses » des hôpitaux anglais et celles plus que précaire des infirmières de Paris. Des améliorations seraient sur le point d'être effectuées ; elles feraient grand honneur à l'actif et distingué directeur de l'Assistance. Nous croyons qu'il ne saurait y avoir de meilleur début dans la série de réformes que se propose d'accomplir M. Mourier et nous ne saurions trop applaudir à leur inauguration.

J. NOIR.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce Concours aura lieu le lundi 9 décembre 1901, à quatre heures, à l'Hotel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat-général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Secrétariat-général au plus tard le 15 octobre, à 3 heures, dernier délai.

Concours de chirurgie et d'accouchement. — L'ouverture de ce Concours aura lieu le jeudi 12 décembre 1901, à quatre heures, à l'Hotel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat-général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Secrétariat-général au plus tard le 15 octobre à trois heures, dernier délai.

COURS DE PSYCHIATRIE A LA SORBONNE. — Parmi les cours libres autorisés par le Conseil de l'Université à la Sorbonne, nous en signalerons un nouveau, celui de Psychiatrie de M. le Dr MANHEIMER GOMES, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, médecin-adjoint des asiles de la Seine.

XIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

—

Le onzième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est ouvert le jeudi 1er août, à l'hôtel de ville de Limoges.

De nombreux congressistes avaient répondu à l'appel du comité d'organisation ; ils ont été reçus par la municipalité de Limoges, M. le Préfet de la Haute-Vienne, les médecins de la Ville, et un grand nombre de personnalités de la magistrature et des grandes administrations.

M. Labussière, maire de Limoges, assisté du président du Congrès, M. le docteur Gilbert Ballet, de M. le docteur Drouineau, représentant le ministre de l'Intérieur, et de M. le docteur Chénieux, directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges, a présidé la séance d'ouverture à 10 heures. C'est en ces termes que M. Labussière a souhaité la bienvenue aux congressistes :

Messieurs.

Aux termes du règlement de votre Association, les médecins aliénistes et neurologistes se réunissent chaque année dans une des villes de France, et un vieil usage veut que le maire de la localité où se tient la réunion préside la séance d'ouverture. Limoges ayant été désigné comme le siège du congrès de 1901, j'ai le très grand honneur de vous adresser nos compliments de bienvenue. Ces compliments soyez-en bien persuadés, ne sont pas banals.

Mon collègue de Marseille, le vôtre aussi, messieurs, en inaugurant le congrès de 1900, vous disait que votre ardeur à chercher la vérité était sans bornes, et, après avoir décrit les principales découvertes qui vous étaient dues, il saluait en vous « à la fois les savants, les hommes de cœur dont les fonctions constituent un véritable sacerdoce, et qui honorent autant l'humanité par leur dévouement, leur abnégation, qu'ils honorent la science par l'éclat de leur savoir ou de leur enseignement. »

Je ne saurais mieux faire que de m'approprier les éloges qui vous étaient ainsi adressés, car je sais combien ils sont mérités.

. . . .

Messieurs, vous êtes des savants, et vous vous efforcez d'obtenir la guérison, mais vous devez faire davantage, et vos congrès doivent avoir un but plus large.

Il est beau de combattre le fléau et de le vaincre : il est encore mieux de l'empêcher de naître. Dans beaucoup de cas, on connaît aujourd'hui la cause de la maladie. C'est le surmenage, c'est l'abus de la vie facile, c'est l'alcool !....

. . . .

Tenez donc vos assises, messieurs. Dans vos délibérations, inspirez-vous des exemples laissés par les ancêtres, et que de vos discussions, jaillisse quelque découverte, quelque fait nouveau dont l'humanité aura à profiter. (*Applaudissements.*)

Discours de M. le Dr Chénieux.

M. le Dr Chénieux, directeur de l'Ecole de médecine, prononce le discours suivant :

Mon cher président,

Si la ville de Limoges s'applaudit de votre présence et est surtout flattée de voir l'un de ses distingués compatriotes nommé à la présidence de ces assises scientifiques, le corps médical de notre pays limousin, et en particulier celui de l'Ecole de médecine, qui vous compta parmi ses élèves, et que je représente ici, vous salue avec une légitime fierté, et j'ai l'honneur et le vif plaisir de vous apporter l'expression de ses sympathies et de ses cordiales félicitations, et de m'associer avec lui à l'hommage rendu à l'auteur des psychoses et affections nerveuses, de l'hygiène des neurasthéniques, du langage intérieur, de l'histoire swedenborgienne d'un visionnaire au XVIIIe siècle, etc., pour ne citer que vos titres essentiels à figurer parmi les neuro-pathologistes les plus éminents. Nous ne pouvons, du reste, que doublement nous féliciter d'un choix qui a probablement entraîné du même coup celui de Limoges comme lieu de réunion du XIe congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Mes chers collègues,

(Permettez-moi de vous appeler ainsi, en ma qualité de membre adhérent à votre congrès et pour rappeler le souvenir qui me rattache à beaucoup d'entre vous), mes chers collègues, vous êtes venus ici de tous les points de la France et des pays de langue française, tous connus par d'importants travaux et porteurs de noms qu'il faudrait tous citer. C'est encore au nom de l'Ecole de médecine et du corps médical de cette région que je vous adresse collectivement les meilleurs souhaits de bienvenue.

Messieurs,

En dehors du sympathique directeur de notre grand établissement départemental d'aliénés, vous ne rencontrerez probablement parmi nous que peu de collaborateurs. Non pas que vos travaux nous laissent indifférents, ou que les sujets d'étude nous fassent défaut : mais, à vrai dire, les uns et les autres rentrent de plus en plus, et à juste titre, dans le cadre des spécialisations, à mesure qu'une lumière plus vive, venue en partie du foyer de la Salpêtrière, éclaire de ses lueurs distinctes l'antique chaos de la pathologie nerveuse. Quand les notions étaient vagues et imprécises, le chapitre des maladies nerveuses était court et leur thérapeutique sommaire.

Sommaires étaient aussi l'étude de leurs causes et les déductions pratiques concernant leur prophylaxie. Ce sera l'honneur de votre génération, messieurs, que d'avoir tenté de ce côté un grand effort dont la société toute entière devra se montrer reconnaissante. Aujourd'hui, les cadres de la neuro-pathologie et des affections mentales sont mieux dessinés et mieux remplis.

Mais que de divisions et de subdivisions, depuis les affections des cordons nerveux et de l'axe médullaire, jusqu'à celles des centres psycho-moteurs : depuis les troubles de la sensibilité liés à d'évidentes altérations, jusqu'à ses perversions subjectives : depuis les manifestations émotives, paragnéiales peut-être, d'un dégénéré supérieur, jusqu'au délire aigu du maniaque, jusqu'aux hallucinations de l'impulsif et du persécuté. Chacun de vous, suivant ses tendances et ses goûts personnels, poursuit des recherches dans ces directions diverses, et il est bien difficile, au plus ardent, d'embrasser la vaste complexité de la pathologie nerveuse. A ne considérer que le département de jour en jour plus peuplé, hélas ! de l'aliénation mentale, indépendamment du riche domaine qui lui appartient en propre, n'exerce-t-il pas un certain protectorat, que dis-je, n'étend-il pas ses droits sur cette zone neutre, où évoluent une foule de candidats éventuels à la folie, et dont les limites indistinctes pour le public, ne peuvent être déterminées que par des spécialistes tel qu'il en existe parmi vous ? Rien que de ce côté quel immense champ d'observation ?

Messieurs, il serait téméraire, de la part d'un profane comme moi, de s'égarer plus longtemps sur ce terrain dangereux, si variable d'aspect, et qui pourrait me fournir un thème à longs développements.

Je ne veux songer qu'au but de vos réunions, de vos travaux, au but de ce congrès, et je ne puis m'empêcher de penser qu'en dehors des services rendus comme médecins à vos semblables, vous avez, comme marque distinctive dans le corps médical, un rôle philosophique et social qui est, à mes yeux, votre plus beau titre de gloire. Si ce rôle, dans le passé, s'est affirmé dans de nombreuses et intéressantes publications, aujourd'hui, plus que jamais, vous vous préoccupez des conditions à remplir, des moyens à mettre en œuvre pour faire disparaître les causes qui mènent au naufrage de la raison. Qui pourrait nier votre rôle humanitaire

et votre salutaire influence pour écarter du précipice, quand il en est temps encore, les esprits désemparés ? En attendant, vous avez déjà fait de grandes choses et réalisé d'immenses progrès. Vous avez dissipé l'apparente magie de l'occultisme et éclairé les ténèbres où opéraient les esprits. Le monde du merveilleux et du supra naturel s'est, à votre approche, évanoui comme un vain fantôme. D'autre part, à mesure que le mobile de nos actes a paru relever clairement d'un déterminisme réfléchi ou d'une impulsion plus ou moins suggestive, se sont affirmées, en même temps avec vous et par vous, la responsabilité ou l'irresponsabilité humaine. Vous avez mis et continuerez de mettre dans leur vrai jour les figures mal éclairées de l'histoire. Laissez-moi exprimer ce vœu : celui de vous voir porter dans l'art et la littérature le flambeau lumineux qui doit les guider vers le beau et vers le bien.

« Les livres et les œuvres d'art, dit Max Nordau, exercent sur les masses une puissante suggestion. C'est en eux qu'une époque puise son idéal de morale et de beauté ». C'est aussi mon humble avis. L'alcool et certaines maladies spécifiques, le surmenage dans la lutte pour la vie, ne sont pas les seuls coupables. Il y a aussi le poison moral versé à flots par certains écrits. C'est à vous de montrer la tare de dégénérescence de ces œuvres malsaines et le déséquilibre d'esprit de ceux qui les produisent.

Vous seuls avez qualité pour les mettre à l'index au nom de la raison humaine, dont vous avez la garde et que vous devez défendre ; la raison humaine qui nous conduira sans doute à une science de la vie, planant au-dessus des conventions et des dogmes éphémères et qu'il vous appartient, plus qu'à tous autres, de dégager des obscurités qui l'environnent pour le bonheur des humanités futures. (*Applaudissements*).

Discours de M. le Dr Gilbert-Ballet.

Le président du Congrès, M. Gilbert-Ballet prononce alors le discours suivant :

Monsieur le Maire,

Je vous remercie, au nom du congrès, de vos souhaits gracieux de bienvenue : je remercie la ville de Limoges et sa municipalité du cordial accueil qui nous est fait : je remercie le comité local d'organisation qui a préparé cet accueil et le conseil général de la Haute-Vienne qui s'y est généralement associé. Vous avez tenu à nous donner asile dans cet hôtel de ville somptueux dont vous avez de bonnes raisons d'être fiers : votre réception nous touche et votre hospitalité nous apparaît plus intime dans le cadre de votre « maison commune ». Lorsqu'il y a deux ans, dans la session de Marseille, le congrès s'est empressé d'accepter l'invitation qu'on voulait bien lui adresser au nom de Limoges, il savait qu'il serait bien ici. Limoges est accueillante à tous ceux qui, hommes ou collectivités, se présentent à elle sous la bannière du progrès. Qu'il s'agisse du progrès économique, artistique ou scientifique, peu importe ! Tous les progrès ne sont-ils pas solidaires les uns des autres ?

Le président du congrès se trouve, cette année, pour dire ce qu'il pense de la ville qui nous reçoit, dans une situation un peu délicate. On ne manquerait pas de sourire s'il disait de Limoges trop de bien et personne ne lui tiendrait rigueur s'il se risquait à en dire un peu de mal : ce ne serait pas de la médisance, ce serait de la modestie. Pourtant je n'en dirai point de mal. Et à ceux de nous qui, parcourant ce qui reste de vos vieilles rues, en remarqueraient plutôt l'aspect misérable que le cachet pittoresque, je serais tenté de rappeler qu'elles sont les derniers témoins de votre ancienneté et que cette ancienneté est peut-être pour quelque chose dans l'accueil empressé que vous faites aujourd'hui à un congrès scientifique.

Si vous êtes ville neuve avec le merveilleux essor industriel d'une cité très moderne, vous êtes aussi ville antique avec une histoire et des traditions qui vous ont fait une longue habitude de jeter parfois des regards au dessus des contingences immédiates de la vie quotidienne : tradition d'art qui remonte, dit-on, jusqu'à Saint Eloi, au temps de Dagobert, et qui, agrandie et transmise par les illustres émailleurs du XVIe siècle, s'est perpétuée jusqu'à notre époque ; tradition littéraire, dans ce pays où l'on garde le souvenir des premiers troubadours et où le parler régional est encore imprégné des vestiges de la poétique langue d'oc... J'en pourrais citer d'autres. Vous les avez symbolisées dans les quatre figures que des artistes de talent ont peintes sur la céramique au fronton de cette maison : Jourdan, la tradition du patriotisme ; d'Aguessau et Vergniaud, celle de l'éloquence et du civisme: Léonard Limosin, dont le nom évoque le souvenir de la plus brillante époque artistique en ce pays. Et ce ne sont pas vos seuls grands hommes.

Monsieur le Directeur de l'École de médecine,

Au nom de l'École de Limoges vous nous avez, vous aussi, souhaité la bienvenue. A vous aussi et aux maîtres au nom desquels vous avez parlé, merci ! Nous voici en famille au milieu du corps médical d'élite qu'est celui de Limoges et dont vous avez été le porte-parole autorisé. Mon remerciement ne va pas sans une certaine émotion, dont vous m'excuserez de ne pas souligner les motifs qui m'imposent quelque discrétion. On ne m'en voudra pas, du moins, de rappeler que vous aussi vous êtes les continuateurs d'une tradition et qu'autour de vous plane le souvenir de Dupuytren, de Gay-Lussac et de Cruveilhier.

Mes chers collègues,

Le travail n'exclut ni la curiosité ni les distractions. A ce point de vue, le Limousin n'aura à vous offrir aucune des splendeurs auxquelles nos sessions précédentes vous ont accoutumés : vous ne trouverez ici, ni les séductions de la mer comme à La Rochelle et à Marseille, ni le spectacle attrayant d'un grand port ou d'un grand fleuve comme à Rouen, à Lyon et à Bordeaux, ni la montagne majestueuse et grandiose que Toulouse, à qui tout est possible, a trouvé moyen de vous montrer bien qu'elle soit ville de plaine ; vous n'aurez ici ni ce bijou qui s'appelle la place Stanislas, ni le voisinage, comme à Clermont, d'une délicieuse ville d'eaux, ni les châteaux enchanteurs que Blois et Angers ont étalés à nos regards émerveillés, mais vous trouverez à Limoges, assez pour charmer vos yeux, si vous n'êtes pas insensibles aux séductions des arts décoratifs et de la céramique et, si un soleil trop ardent vous porte à regretter qu'il n'y ait pas sur les boulevards plus d'ombrage, vous serez dédommagés, je l'espère, dans nos excursions, par les charmes d'une nature douce et reposante. Vous trouverez dans ce coin du plateau central qu'est le haut Limousin, des collines d'où le regard s'étend agréablement au loin, des vallées fraîches et vertes où vous serez à l'aise et dont la prétention sera moins de provoquer chez vous l'admiration que le désir, en les quittant, de venir les revoir.

Notre Congrès inaugure aujourd'hui sa XIe session. Son passé est assez ancien pour que nous soyons, dès maintenant, en droit de nous demander s'il a répondu aux espérances qu'avaient conçues ceux qui ont eu la pensée de l'instituer. Il ne me semble pas que la réponse puisse être douteuse. A ceux qu'un scepticisme facile porte à nier l'utilité des Congrès, il suffirait, pour montrer les avantages et le rôle du nôtre, de présenter les volumes de nos comptes rendus : je ne crois pas que parmi les réunions analogues, françaises ou étrangères, il s'en trouve de plus active ni de plus vivace.

Il n'en pouvait être autrement. Ce Congrès répond, en effet, à un besoin très réel en donnant à ceux qui, dans les pays de langue française, s'intéressent à l'une des branches de la médecine qui ont le plus progressé à notre époque, le moyen de se réunir périodiquement pour échanger leurs idées sur les questions à l'ordre du jour : il donne en outre satisfaction à une très heureuse tendance de l'heure présente : la tendance à la décentralisation. S'il m'est permis d'émettre un regret, c'est que quelques-uns de ceux pour qui il semble avoir été plus spécialement organisé n'en soient pas toujours des membres assidus. A ces tirailleurs isolés on a voulu fournir le moyen de rallier de temps en temps le gros de la troupe : s'il en est qui semblent ne pas se le rappeler as-

sez, j'aime à croire qu'on ne sera pas en droit de leur appliquer les paroles du Koran : « Sourds, muets, aveugles, ils ne se convertiront pas. » Je préfère espérer, suivant la promesse de l'Evangile, que les aveugles verront, que les sourds entendront nos appels, que les muets se décideront à parler.

Parmi les avantages de ce congrès, il en est un sur lequel, après plusieurs de mes prédécesseurs, il me semble bon de m'arrêter. Grâce à l'heureuse initiative prise à La Rochelle, notre réunion est la première où les aliénistes et les neurologistes français se soient habitués à fusionner. Elle a ainsi consacré dans la pratique une alliance qu'on était surpris de ne pas voir plus intime, que la logique commandait, et dont la section de neurologie du congrès international de médecine de 1900 a proclamé la légitimité, par un vote qui marque une date, la date d'une évolution. Plusieurs fois, vous avez tenu vous-mêmes à affirmer, par le choix de vos présidents, la nécessité de cette union, et ce souvenir me rend moins embarrassé pour démêler les motifs qui m'ont valu l'honneur, dont j'ai été profondément touché, d'être appelé aujourd'hui à diriger vos discussions.

On a médit, et non toujours sans raison, de la spécialisation ; que n'aurait-on pas le droit de dire de la spécialisation dans la spécialité ? Elle est légitime, dans une certaine mesure, car elle facilite les études minutieuses qui rendent possible la récolte des faits, mais n'oublions pas, comme l'a dit justement Renan, que « que les spécialités n'ont de sens qu'en vue des généralités ».

Messieurs, c'est avec une profonde satisfaction qu'au début de ce nouveau siècle, les aliénistes et les neurologistes réunis peuvent jeter un regard en arrière et mesurer l'étendue des progrès réalisés, au siècle dernier, par la pathologie du système nerveux. Le bilan de ces progrès a été dressé trop magistralement l'an passé, au Congrès international, par les présidents des sections de neurologie et de psychiatrie, pour que je me hasarde à vous le présenter de nouveau. Laissez-moi du moins vous rappeler que, parmi les causes du mouvement remarquable qui a si largement accru le champ de nos connaissances, et auquel notre pays a pris, avec les noms que vous savez, une part incontestablement prépondérante, il en est deux dont l'influence semble avoir été dominante : plus de rigueur dans la méthode, plus de précision et de délicatesse dans la technique. La technique c'est l'outil, la méthode c'est l'ensemble des règles qui nous guident dans le maniement de cet outil.

Plus que toute autre, la pathologie mentale a eu à pâtir, dans son développement, des vices de méthodes, qui étaient à la fois des vices de doctrine. Est-il surprenant que l'étude des maladies de « l'esprit » se soit ressentie des idées qu'une métaphysique conventionnelle avait répandues sur la nature de « l'esprit » ? Comme l'a dit Bacon, nous ne recevons pas avec sincérité la lumière des choses, nous nous faisons une science à notre goût, « car la vérité que l'homme reçoit le plus volontiers c'est celle qu'il désire ». Et longtemps, il faut bien le dire, l'homme semble avoir désiré ne pas voir clair. Considérer les fonctions intellectuelles comme aussi étroitement dépendantes de leur organe que le sont celles du cœur ou du foie, n'était-ce pas les ravaler ? N'y voir que le résultat du perfectionnement continu et de l'évolution progressive d'aptitudes organiques qui existent déjà à l'état élementaire chez l'actinie et le lombric, n'était-ce pas se laisser aveugler par une étroite conception matérialiste des plus nobles facultés ? Or si l'intelligence était autre chose qu'une fonction organique vulgaire, ses maladies ne pouvaient être des maladies comme les autres. On sait à quelles pratiques conduisit ce parti pris à peu près général d'ennoblir l'esprit et ses affections : à sanctifier les aliénés d'abord, à les brûler ensuite, plus près de nous à les traiter comme de simples malfaiteurs. Ces tristes temps ne sont plus. L'observation clinique, mieux disciplinée et plus complètement soustraite aux « préjugés chéris » dont parle l'auteur du *Novum organum*, plus tard la méthode anatomo-clinique ont ramené pour toujours dans la voie qu'avaient entrevue quelques précurseurs de génie, la pathologie du cerveau. Proclamons comme une des grandes conquêtes réalisées pas à pas au dernier siècle, l'émancipation définitive des études qui concernent « l'esprit », ses fonctions et ses maladies. Elles n'ont plus rien de commun avec la métaphysique.

Ce travail graduel d'émancipation a été puissamment secondé par les progrès de la technique. Si nos prédécesseurs et nos contemporains ont vu plus de choses que nos aînés, ce n'est pas seulement parce qu'ils ont su mieux gouverner leur intelligence, c'est parce qu'ils ont été mieux outillés pour voir. Le jour où Hannover, il y a de cela soixante ans, eut l'idée de placer dans une solution d'acide chromique un fragment de tissu nerveux afin de le durcir et d'y pouvoir pratiquer des coupes fines, il a fait plus pour la pathologie du cerveau et de la moelle que n'eussent pu faire le génie philosophique et les plus ingénieuses spéculations d'un Platon, d'un Descartes ou d'un Leibnitz.

N'avons-nous pas vu dans ces derniers temps les résultats nouveaux et vraiment remarquables qu'ont donnés les études histologiques, grâce à la découverte d'apparence bien modeste qui nous a montré que les cellules d'un fragment de tissu nerveux, durci dans l'alcool à 96 degrés, se colorent d'une façon particulièrement délicate par les couleurs d'aniline ? Reconnaissons tout ce que nous devons à ces perfectionnements de la technique, j'entends aussi bien la technique clinique et expérimentale que la technique histologique. Ils sont eux aussi l'une des caractéristiques de la seconde moitié du dernier siècle ; ils ont contribué à démontrer la vérité de ce qu'avait dit Claude Bernard, que « dans les sciences expérimentales en évolution, et particulièrement dans celles qui sont aussi complexes que la biologie, la découverte d'un nouvel instrument d'observation ou d'expérimentation rend beaucoup plus de services que beaucoup de dissertations systématiques ou philosophiques ». Mais laissons là le passé et permettez-moi, en ce premier congrès du siècle, de jeter un coup-d'œil, peut-être un peu téméraire, sur l'avenir.

Certes, chercher à prédire la voie où s'engagera demain la science, est plutôt un passe-temps de chroniqueur qu'une préoccupation de savant : les événements et l'histoire qui les relate se chargent de nous montrer la puérilité et l'impuissance de ces tentatives divinatoires. Au moins peut-on s'aventurer à prévoir les résultats des tendances et des efforts qui d'ores et déjà s'affirment. Si je ne m'abuse, la tâche du siècle où nous entrons, sera l'utilisation pratique des notions que nos devanciers et nos contemporains ont recueillies depuis moins de cent ans, et dont beaucoup, il faut bien le dire, sont jusqu'à présent restées stériles en applications.

Certes, je ne veux point dire que le système nerveux nous ait déjà livré tous ses secrets. N'y a-t-il pas dans l'écorce du cerveau des territoires entiers dont nous ignorons encore les fonctions.

Et sommes-nous complètement éclairés sur les connexions et le rôle des ganglions centraux et de toutes les parties du mésencéphale ? Savons-nous seulement par quel mécanisme intime le courant centripète se transforme dans les neurônes en courant centrifuge, et n'est-ce pas là pourtant le phénomène le plus élementaire, par conséquent le plus général, de la physiologie du système nerveux ? Si nous connaissons, grâce aux efforts réunis de l'expérimentation et de la clinique, la part que prennent les intoxications et les infections dans la genèse de la plupart des myélites, de beaucoup de délires ou d'états de confusion mentale, n'ignorons-nous pas encore quelle est, par exemple, la cause de la sclérose en plaques ? Et si nous sommes fixés sur le rôle capital que jouent en pathologie nerveuse l'hérédité et la prédisposition, avons-nous dégagé avec une suffisante précision les lois de la première, et sommes-nous arrivés à déterminer la nature de la seconde ? Sur ce dernier point, il ne me semble pas que nous ayons le droit de nous tenir pour satisfaits du peu que nous savons. Se borner à opposer la prédisposition, cette explication complaisante, à l'infection et à l'intoxication, c'est-à-dire la cause originelle aux causes accidentelles des affections du névraxe, c'est, ce me semble, se laisser prendre au mirage d'un contraste plus apparent que réel. Cette prédisposition qui rend compte

de tant de troubles, n'est-elle pas elle-même, le plus souvent, comme le montrent la clinique et l'expérimentation, le résultat d'une intoxication ou d'une infection, quelquefois chez le sujet qui la présente, plus fréquemment chez ses ascendants ? En tous cas, à la notion empirique que nous en avons, ne se substituera une notion véritablement scientifique, que le jour où nous serons arrivés à préciser les conditions, ou morphologiques ou histo-chimiques, et peut-être à la fois histo-chimiques et morphologiques qui la constituent.

Aux efforts des travailleurs le fonds n'est pas près de manquer, et le champ reste large pour ceux dont la principale préoccupation est la recherche de la vérité pour la vérité. Ce n'est pas ici qu'il est nécessaire de montrer qu'il n'y a pas de découverte inutile. Les esprits superficiels ont pu douter qu'il fit œuvre pratique l'observateur génial qu'on vit, il y a quelque cinquante ans, parcourant les hôpitaux, sa boîte électrique à la main, et fixant les caractères symptomatiques d'une affection, en présence de laquelle notre impuissance thérapeutique devait apparaître d'autant plus éclatante que sa phénoménologie allait devenir mieux connue. Et quelle utilité pouvait-il y avoir à ce que des anatomo-pathologistes de talent vinssent préciser avec minutie la nature et le siège de lésions que nous sommes restés incapables d'arrêter dans leur évolution progressive ? N'avaient-ils pas fait œuvre vaine, eux aussi, ceux qui, à Charenton, s'étaient attachés à mettre en relief les symptômes d'une lésion nouvelle du cerveau, sur laquelle pendant cinquante ans les histologistes, à l'horizon circonscrit et borné, allaient s'user les yeux et dépenser des trésors de patience et de labeur pour découvrir, plaisante préoccupation, si l'altération débute par la névroglie, par les cellules ou par les vaisseaux ? A quoi bon tant d'efforts que devait couronner un échec thérapeutique si lamentable et si humiliant ?

Mais voici que bientôt ces efforts de curieux, presque de dilettantes, vont avoir un résultat inattendu. La connaissance des symptômes et des lésions va conduire à celle des causes : ici encore une infection se révèle, comme l'élément étiologique, unique et spécifique, aux dires des uns, prépondérant en tous cas, au dire de tous. Et dès lors, le tabes et la paralysie générale vont nous apparaître, sinon comme des affections curables, au moins comme des affections évitables. Evitable le tabes ! qui encombre les consultations et les services spéciaux de nos hôpitaux ! Evitable la paralysie générale ? qui contribue si puissamment à peupler les asiles, surtout les asiles urbains ! Evitables ces deux fléaux qui anéantissent tant de valeurs intellectuelles en pleine production ! N'oublions pas que la ligue qui vient de se former, sous de puissants patronages, pour rechercher les moyens d'empêcher la propagation de l'infection, n'aurait pas eu l'occasion de se constituer si, dans une salle d'hôpital ou d'asile, ou au fond d'un laboratoire, des chercheurs désintéressés ne s'étaient appliqués à regarder avec le seul souci de voir ce que Chevreul appelait la vérité vraie. Souhaitons à la ligue dont je viens de parler longue vie et efficace activité. Elle s'inspire des tendances qui marquent l'aurore du nouveau siècle. Si l'on pouvait espérer qu'elle aboutît, la pathologie du système nerveux, s'en trouverait du coup décapitée.

Une autre ligue est déjà à l'œuvre. Les aliénistes en ont été les promoteurs, ou moins les promoteurs les plus actifs, et déjà ils voient s'associer à leurs efforts de nombreuses bonnes volontés. Des divers points de l'horizon accourent, pour prendre part à la campagne, de nouvelles recrues. Si les savants ont poussé les premiers le cri d'alarme, ceux que le danger menace le plus ne sont pas loin de l'entendre et de l'écouter.

Parler dans un congrès de médecine mentale du péril alcoolique, c'est s'exposer au reproche de rééditer un lieu commun. Lieu commun ! soit ! Mais notre devoir n'est-il pas, suivant un mot connu, de redire toujours la même chose ? Jusqu'à ce que Carthage ait été détruite, nous ferons entendre nos protestations et nos plaintes. Certes, les causes de dégénérescence et d'abatardissement qui guettent notre pauvre espèce sont nombreuses : mais il en est qui, semblables aux lichens et aux mousses, s'attaquent aux éléments vieillis et à demi usés.

La goutte, le diabète et toutes les affections de même famille, dont on a pu dire avec raison qu'elles étaient la rançon de la supériorité sociale, jouent leur rôle — j'allais dire ont leur utilité — dans ce mouvement d'évolution continu en vertu duquel les couches supérieures se renouvellent sans cesse, empruntant aux couches sous-jacentes les éléments de leur perpétuelle rénovation. Mais que dire de l'alcoolisme qui sévit aux sources de rajeunissement de notre espèce, qui mine et vicie nos réserves ! Ce n'est pas ici qu'il serait utile de rappeler qu'il est un des plus redoutables parmi les fléaux dont l'Europe a eu à pâtir. De divers côtés, on paraît aujourd'hui le comprendre. Je ne crois pas que la ligue de ceux qui pensent avoir intérêt à maintenir et à propager le mal soit longtemps la plus forte, et j'entrevois le moment où les pouvoirs de l'Etat pourront protéger l'intérêt public sans avoir besoin de déployer d'héroïsme contre ce qu'on appelle l'opinion publique. C'est le cas de rappeler le mot de Gœthe : « On ne meurt que quand on le veut bien. » Persévérons dans nos efforts pour ne pas mourir et continuons à faire contre l'alcoolisme la campagne que, d'autre part et par des moyens appropriés, on mène si ardemment contre la tuberculose.

Ne nous le dissimulons pas : contre les lésions constituées, qu'elles soient congénitales ou acquises, nous pouvons peu de chose : d'habitude en atténuer tout au plus les conséquences et en pallier les fâcheux effets. Si notre thérapeutique est défectueuse, orientons-nous le plus possible vers la prophylaxie. La prophylaxie d'une affection suppose la connaissance des conditions de sa genèse : n'a-t-on pas dit que « connaître véritablement, c'est connaître par les causes ? »

Mais les recherches dont nous avons été presque les témoins ne nous ont-elles pas révélé l'influence d'un grand nombre de ces dernières ? Il en est ainsi du moins de celle qu'on a appelée la cause des causes. Je ne pense pas que les nations modernes veuillent imiter Sparte ; et ce n'est pas aux pouvoirs publics que nous avons à demander les moyens, au moins les moyens directs, de prévenir l'influence néfaste de l'hérédité défectueuse. Ne nous berçons pas, d'ailleurs, de l'illusion de la voir disparaître. Mais n'avons-nous pas le droit d'espérer que la vulgarisation du péril et les conseils privés puissent, en ce qui la concerne, avoir de sensibles résultats ? Ne perdons pas de vue, en tout cas, que ces conseils ne peuvent avoir d'autorité qu'à la condition de s'inspirer des notions précises et bien établies.

Pour avoir chance de prévenir le danger là où il est, sachons éviter avec résolution de le signaler là où il n'est pas. N'oublions pas qu'il y a des affections du système nerveux accidentelles et que rien ne prouvent qu'elles entachent le produit de la conception quand elles succèdent à celle-ci. N'est-il pas à la fois périlleux et téméraire, par exemple, de jeter l'anathème en bloc, un anathème que, personnellement, je crois injustifié, sur les descendants d'ataxiques, de paralytiques généraux, d'hémiplégiques par lésions circonscrites ?

Je n'ignore pas qu'en intervenant pour entraver les effets fâcheux de l'hérédité pathologique, nous semblons seconder les tendances de la nature qui sacrifie résolument les intérêts de l'individu à ceux de l'espèce, et que le rôle de la civilisation est, au contraire, de défendre l'individu contre les conséquences terribles pour le faible du *struggle for life*. Mais notre sollicitude pour l'infirmité ne peut pas aller jusqu'à l'aider à se reproduire et à se perpétuer.

Messieurs, si les réflexions que je me suis permis de vous soumettre sont exactes, on est en droit de dire que la tendance du siècle qui s'ouvre sera d'envisager, comme le conseille Maudsley, la pathologie du système nerveux, en particulier la pathologie, mentale, au point de vue social. Pour ma part, je vois son rôle grandissant, je la vois achevant d'expliquer des phénomènes psychologiques qu'une éducation insuffisante, et dès longtemps viciée par les conceptions de l'ontologie, nous avait fait envisager d'un point de vue inexact : je vois, à côté de la psychologie des foules, qui

est en train de se constituer, se dégager déjà une pathologie dont les gouvernants devront faire leur profit, de cet être complexe qui est autre chose qu'un agglomérat d'unités, qui a son individualité propre, ses émotions particulières, ses réactions spéciales, ses obsessions bien à lui et ses impulsions vraiment morbides, j'entrevois les résultats nouveaux de cette science mieux établie, ou au moins d'une application mieux réglée, qui s'appelle la statistique, nous montrant avec plus de précision la transformation et les évolutions de la pathologie.

Ces types que nous voyons aujourd'hui sont-ils ceux qui existaient aux siècles passés ? Je n'en suis pas certain : sans doute, si nous reconnaissons des scléroses spinales, des encéphalites diffuses que ne diagnostiquaient pas nos aînés, c'est parce que nous avons appris à les voir. Mais n'est-ce pas aussi parcequ'elles ont augmenté de fréquence et peut-être changé de physionomie et d'allures ?

J'entrevois enfin (que les magistrats qui nous font l'honneur d'assister à cette séance excusent cette hardiesse), j'entrevois la pathologie mentale contribuant, de concert avec l'anthropologie criminelle, à modifier d'une façon radicale les assises de notre droit pénal : je vois la notion de nocuité se substituer à celle de culpabilité, et la Société, renonçant à punir, ne se préoccupant plus que de se défendre.

Notre pays prendra-t-il à cette œuvre la part prépondérante qui a été la sienne au siècle dernier ? Souhaitons-le, sans oublier que le mouvement créé par les grands initiateurs qui s'appellent Pinel, Esquirol, Morel, Duchenne, Charcot, s'est propagé partout et que la neuro-pathologie ne peut pas plus rester une science française que la microbiologie de Pasteur. Ne nous en plaignons pas d'ailleurs : plus les efforts seront nombreux, plus riche sera la moisson et la moisson aujourd'hui profite à tous, car le rêve de Leibniz est réalisé : « Les savants sont unis à travers le monde. »

Tâchons, en tous cas, de contribuer avec honneur à la tâche commune. Apportons-y, si possible, les qualités et les dispositions d'esprit qui ont fait, sinon toujours notre force matérielle, au moins notre prestige. Sachons rester fidèles aux destinées que l'histoire nous a faites : que le légitime souci de notre prééminence ne nous porte jamais à négliger celui du progrès général. Ne perdons pas de vue que, si l'on peut être un peuple puissant quand on conquiert des territoires et quand on couvre le monde des produits de son industrie et de son négoce, on n'est vraiment un grand peuple qu'autant qu'on contribue à activer la marche du monde moral dans la voie de sa continuelle évolution. (*Applaudissements repetés.*)

Discours de M. Drouineau.

M. Drouineau, représentant le Ministre de l'Intérieur, s'exprime en ces termes :

Messieurs,

J'ai reçu de M. le président du conseil, l'agréable mission de le représenter au XI[e] congrès des médecins aliénistes et je ne saurais vous cacher que je suis personnellement heureux du choix que M. le Ministre a bien voulu faire en cette circonstance puisque je me retrouve en pays de connaissance, au milieu de confrères et amis et sur la bienveillance desquels je puis compter.

Mais, messieurs, votre œuvre ne m'intéresse pas seul : je vous donne l'assurance que cette sympathie est partagée par les hauts fonctionnaires de l'assistance publique : je puis vous en fournir la preuve. A mon retour du congrès de Marseille, je fis part à M. Monod, directeur de l'assistance publique, du désir que plusieurs d'entre vous m'avait manifesté afin d'assurer, pensaient-ils, d'une façon définitive et certaine l'avenir financier de vos congrès : la science a quelquefois besoin d'argent. Il s'agissait d'inviter les asiles à participer effectivement à votre œuvre en s'inscrivant personnellement parmi vos souscripteurs : M. le directeur s'y est prêté de la meilleure grâce, connaissant la valeur de vos travaux, l'importance de vos réunions, et appréciant, comme moi, l'intérêt réel, considérable qu'il y aurait pour tous les asiles à posséder, dans la bibliothèque de chacun d'eux, l'ensemble de ces documents, non seulement en vue du présent et de nos jeunes collaborateurs, mais surtout en raison de l'avenir et pour les travailleurs futurs.

Votre œuvre, après l'épreuve concluante du passé, ne saurait maintenant s'amoindrir ni disparaître, elle ne peut que grandir et prospérer et par suite, toutes ces monographies si étudiées, toutes ces discussions si intéressantes, si fructueuses, constitueront un faisceau de documents scientifiques et administratifs où tous les médecins aliénistes, quelle que soit leur propre érudition, seront certainement heureux de puiser. Je ne sais si cet appel a été entendu et si l'invitation a été suivie d'effet, M. le secrétaire général nous le dira : mais si le but n'est pas encore tout à fait atteint, nous insisterons à nouveau, bien persuadés, qu'en face du résultat à obtenir, il ne saurait y avoir de la part de l'administration des asiles de résistance irréductible. Enfin, messieurs, j'ajoute que dans l'état actuel de la psychiatrie, en présence des travaux étrangers, de l'évolution des esprits en ce qui touche les aliénés, leur traitement, la façon de comprendre les asiles et les appropriations spéciales qu'ils comportent, il nous faut suivre avec plus de soins scrupuleux que jamais vos travaux, connaître vos vœux, vos résolutions, car c'est sur eux que nous pensons asseoir notre jugement et dégager l'intervention administrative, quand elle est sollicitée ou nécessaire, de toute incertitude et l'absoudre de tout reproche : c'est vous dire, messieurs, quelle attention je veux apporter à vos réunions, quel parti fructueux j'ai mission d'en retirer. (*Applaudissements.*)

A 11 heures, la séance est levée.

Le prochain Congrès se réunira en 1902 à **Grenoble**, en 1903 à **Pau**, sous la présidence de M. le D[r] Régis (de Bordeaux ; secrétaire général, D[r] Bonnet, de l'asile Saint-Robert.

Question de pathologie mentale : Des états anxieux dans les maladies mentales, M. le D[r] Lalanne, rapporteur.

Question de pathologie nerveuse : Les tics en général, M. le D[r] Noguès, rapporteur.

Question de médecine légale : Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal, M. le D[r] E. Dupré, rapporteur.

FORMULES

V. — Contre le zona.

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 20 à 0 gr. 40
— de morphine....	0 gr. 05
Chlorure de sodium	0 gr. 40
Eau distillée.................	200 gr.

En injections hypodermiques dans les espaces intercostaux, près de l'émergence des nerfs. (Scharff.)

VI. — Contre la teigne faveuse.

Baume du Pérou..........	ãã 5 gr.
Acide salicylique..........	
Résorcine................	
Soufre précipité...........	15 gr.
Lanoline..................	ãã 30 gr.
Vaseline..................	
Axonge	

Appliquer chaque soir. (Besnier.)

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires**, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un seul exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au Rédacteur en chef, 14, rue des Carmes.

Pour les annonces, s'adresser à

M. A. ROUZAUD, 14, rue des Carmes

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical

FÉRÉ (Ch.). **Les hypnotiques hystériques considérés comme sujets d'expérience en médecine mentale.** (Illusions, hallucinations, impulsions irrésistibles provoquées ; leur importance au point de vue médico-légal). Brochure in 8 de 15 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.... 40 c.

FÉRÉ (Ch.). **Étude anatomique et critique sur le plexus des nerfs spinaux.** Brochure in-8 de 16 pages, avec 2 figures. — Prix: 50 c. — Pour nos abonnés.... 25 c.

FÉRÉ (Ch.). et BRÉDA (P.). **Tentative de suicide par pendaison (amnésie rétroactive, modification du délire).** Brochure in-8 de 6 pages. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés.... 30 c.

FERRIER. **Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales.** (Traduction avec l'autorisation de l'auteur, par H. DURET), in-8 de 74 pages, avec 11 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.... 1 fr. 35

FERRIER (D.). **Leçons sur les localisations cérébrales.** Traduites par Robert SOREL, interne des hôpitaux. Un beau volume in-8 de 120 pages, avec 35 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.... 2 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Eclampsie et épilepsie.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.... 50 c.

FOURNIER (A.). **De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.** Leçons recueillies par E. BRISSAUD. Paris, 1878, in-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr. Pour nos abonnés.... 65 cent.

FRANCOTTE (X.). **Etude sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière.** (Syringomyelie. — Sclérose combinee. — Myélite aiguë). Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés.... 85 c.

FREUD (S.). — **Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques.** Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés 35 c

GAUTIER (G.). **Un cas d'acromégalie.** Brochure in-8 de 22 pages, avec 2 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.... 50 c.

GELLÉ. **Etude clinique du vertige de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 1 fr.

GELLÉ. — **Hospice de la Salpêtrière, service du professeur Charcot.** (Clinique otologique annexe, statistique de 1890). Brochure in-8 de 56 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés 1 fr. 50

GHILARDUCCI (F.). **Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau.** Brochure in-8 de 60 pages, avec 5 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 1 fr.

GILLES DE LA TOURETTE. **Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes.** Volume in-8 de 78 pages, avec 31 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 2 fr. 50

GILLES DE LA TOURETTE. **Attaques de sommeil hystérique.** Brochure in-8 de 52 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 1 fr.

GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU. **La nutrition dans l'hystérie.** Volume in-8 de 116 pages, avec 7 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 2 fr. 50

GILLES DE LA TOURETTE. **L'épilogue d'un procès célèbre** (affaire Eyraud-Bompard). Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.... 35 c.

GILLES DE LA TOURETTE. *Voir* BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE.

GOMBAULT (A.). **Contribution à l'étude anatomique de la névrite parenchymateuse subaiguë ou chronique.** (Névrite segmentaire peri-axile. Brochure in-8 de 46 pages, avec 2 pl. chromolithographiques. Paris, 1880. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.... 1 fr. 25

GOMBAULT. **Etude sur la sclérose latérale amyotrophique.** Prix : 2 fr. pour nos abonnés.... 1 fr. 25

GRASSET (J.). **Du vertige des ataxiques** (Signe de Romberg. Leçons recueillies par J. Sacaze. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. Pour nos abonnés.... 50 c.

GRASSET et BROUSSE, **Histoire d'un hypnotique hypnotisable.** (Contribution à l'étude clinique des caractères stomatiques fixes des attaques du sommeil spontané et provoqué chez les hystériques.) — Brochure in-8 de 34 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 1 fr.

GRASSET et RAUZIER. — **Leçons sur un cas de maladie des tics et un cas do tremblements singuliers de la tête et des membres inférieurs.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 1 fr.

GUÉRARD. *Voir* BOURNEVILLE.

GUINON (G.). **Les agents provocateurs de l'hystérie.** Un volume in-8 de 392 pages. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés.... 8 fr.

GUINON (G.) et PARMENTIER (E.). **Sur une complication peu connue de la sciatique** (paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité). Brochure in-8 de 43 pages, avec 13 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 1 fr.

GUINON (G.) et SOUQUES (A.). **Association du tabes avec le diabète sucré.** (Travail de la Clinique de M. le professeur Charcot). Brochure in-8 de 60 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 1 fr. 75

GUINON (G.) et WOLTKE (S.). **De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés.... 50 c.

GUYON (F.) et FÉRÉ (Ch.) **Note sur l'atrophie musculaire consécutive à quelques traumatismes de la hanche.** Brochure in-8 de 14 pages. Paris, 1881. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 35 c.

HOMEN (P-A.) **Un cas de paramyoclonus multiple.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.... 35 c,

ITARD. **Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité.** Tome II de la Bibliothèque d'éducation spéciale, avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Préface par BOURNEVILLE. *Eloge d'Itard* par Bousquet. Volume in-8 de XLVII-144 pages, avec un portrait. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés.... 2 fr. 75

JANET (P.). **L'anesthésie hystérique.** Brochure in-8 de 80 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.... 1 fr. 10

JANET (P.). **Quelques définitions récentes de l'hystérie.** Brochure in-8 de 50 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés 1 fr.

JENDRASSIK (E.). **De l'hypnotisme.** Brochure in-8 de 32 pages — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.... 70 c,

JOFFROY. **De la méthode anatomo-clinique en médecine mentale. Leçon d'ouverture de la clinique des maladies mentales faite à l'asile Sainte-Anne le 25 novembre 1893.** Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.... 70 c.

JOFFROY (A.). **Nature et traitement du goitre exophtalmique. Leçons faites en décembre 1891.** Brochure in-8 de 62 pages. Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 1 fr.

KELLER (Th.). **De la céphalée des adolescents.** Brochure in-8 de 32 p. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.... 70 c.

KERAVAL (P.). **La synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme.** Brochure in-8 de 30 pages avec 5 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.... 70 c.

KINNOSUKE-MIURA. **Sur trois cas de monoplégie brachiale hystérique** Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés.... 90 c.

KLIPPEL et AZOULAY. **Des lésions histologiques de la paralysie générale étudiées d'après la méthode de Golgi.** Brochure in-8 de 40 pages. — Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés.... 35 c.

KOJEWNIKOFF (A.). **Cas de sclérose latérale amyotrophique. (Dégénérescence des faisceaux pyramidaux se propageant à travers tout l'encéphale.)** Brochure in-8 de 24 pages avec 3 planches hors texte. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés 1 fr. 70

KOVALEWSKY. **Myxœdème ou cachexie pachydermique.** Brochure in-8 de 26 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés 50 c.

LABADIE-LAGRAVE et DERIGNAC. **Otorrhée, pseudo-méningite.** Guérison subite pendant un voyage à Lourdes). Brochure in-8 de 11 pages. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.... 35 c.

LADAME. **Un cas d'abasie. Atasie sous forme d'attaques (attaque abasique).** Brochure in-8 de 7 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 35 c.

LADAME. *Voir* BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE.

REVUE ANALYTIQUE

DES TRAVAUX RÉCENTS SUR LES MALADIES DU PREMIER AGE

Par le Dr **Henri de ROTHSCHILD**.

—

I

La cirrhose du foie est assez rare chez l'enfant ; c'est surtout de neuf à douze ans qu'on la rencontre ; elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Parmi ses variétés, on peut signaler la cirrhose alcoolique, la cirrhose hypertrophique, la cirrhose syphilitique, les cirrhoses post-infectieuses, la cirrhose cardiaque ; c'est à cette dernière variété que se rapportent les cinq observations personnelles relatées par le Dr M. Constantinoff,dans un excellent travail dû à l'inspiration du professeur d'Espine.

La cirrhose cardiaque, ainsi que le prouvent les recherches du professeur Hutinel, est une cause des plus fréquentes de l'ascite chronique chez l'enfant. Elle dépend le plus souvent d'une symphyse du péricarde ; la péricardite simple et surtout la péricardite tuberculeuse sont les lésions pathogéniques les plus importantes de la cirrhose cardiaque infantile. — Les lésions du foie sont surtout caractérisées par les phénomènes de stase (foie muscade).La cirrhose proprement dite peut manquer, quand elle existe, elle est en général peu développée, elle peut être portale ou sus-hépatique.

La cirrhose est l'expression de la *diathèse inflammatoire* généralisée qui s'affirme dans beaucoup de cas par de la pleurésie, de la péricardite et de la périhépatite. Elle peut encore tenir à une auto-intoxication d'origine intestinale. La tuberculose ne joue en réalité aucun rôle direct dans la production de la cirrhose qui accompagne le foie muscade.

En présence d'une ascite infantile, le diagnostic doit d'abord être dirigé sur la question de savoir si celle-ci ne pourrait pas être due à une péritonite chronique simple ou tuberculeuse. S'il s'agit d'une cirrhose cardiaque, le pronostic devient des plus sombres. Les divers traitements médicaux ont toujours échoués ; le traitement chirurgical, s'il n'est pas trop longtemps retardé, paraît devoir donner des résultats aussi heureux dans l'ascite d'origine cardiaque que dans l'ascite tuberculeuse, où la laparotomie, assez bien supportée par l'enfant, peut amener la guérison, dans les cas où l'ascite est considérable et se reproduit rapidement après chaque ponction.

II

Le travail de statistique de A. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph, enrichi de graphiques et de figures en couleurs, grâce auxquelles les résultats enregistrés par les chiffres se présentent à la vue d'une façon très claire et très rapide, relève la mortalité infantile parmi la population de 681 villes de France, pendant les six années comprises entre 1892 et 1897. La population totale de ces villes s'élève à 13.190.721 habitants ; en six ans, cette population a fourni 1.749.943 décès, ce qui donne par an 22,12 décès par 1000 habitants. Sur le chiffre total des décès de tout âge, il y en a 293.363 qui ont été fournis par des enfants de 0 à 1 an (soit pour 1000 habitants 3.69 décès de 0 à 1 an, et sur 1000 décès la proportion de 167.10 pour le même âge). Ces chiffres nous donnent la moyenne de la mortalité de la population urbaine des départements français en six ans. C'est dans le riche département du Nord que l'on compte le plus de décès (283.67 décès de 0 à 1 an sur 1000 décès de tout âge); le département du Gers, bien plus pauvre, présente le chiffre le plus faible (80.51 décès seulement sur 1000 décès de tout âge). Entre ces deux termes extrêmes, l'écart est considérable : la part énorme prélevée tous les ans sur la population infantile de la France par la mort pourrait évidemment être considérablement réduite. Bien des causes de décès pourraient être évitées. Les cités ouvrières, les grandes villes industrielles, les ports maritimes, telles sont les localités les plus chargées au point de vue de la mortalité infantile.

Les statistiques officielles présentent une grave lacune : bien des causes de la mortalité du jeune âge restent inconnues, particulièrement dans certaines villes, comme à Caen ou à Poitiers. La mortalité *par diarrhée* dépasse le quart de la mortalité infantile, parfois le tiers et même la moitié (dans 12 villes) ; les villes industrielles sont plus atteintes que les communes agricoles. Les autres causes de la mortalité : maladies infectieuses, tuberculose, voies respiratoires, débilité congénitale, etc., sont étudiées dans les chapitres suivants. Ces documents statistiques doivent constituer, au point de vue pratique, un guide indispensable pour les réformes à opérer, en vue de remédier à la dépopulation menaçante de la France.

Le service de la statistique sanitaire doit être mieux organisé : tous les renseignements doivent être contrôlés. L'État doit demander et appliquer une loi sur la protection de la santé publique, appliquer la loi sur l'assistance, modifier la loi sur la protection de l'enfance et élargir son action. Les communes doivent s'assainir, secourir les mères et empêcher leur retour prématuré au travail, organiser l'hygiène et la salubrité des logements ouvriers, la surveillance des nourrissons, les distributions de lait, etc. La charité privée se chargerait de soutenir les œuvres pour les nourrissons, organiserait des comités pour l'instruction maternelle et veillerait à l'application des mesures adoptées pour la protection du jeune âge.

III

Le diagnostic clinique de la fièvre typhoïde, souvent délicat chez l'adulte, est en général plus difficile encore à établir chez les enfants, en raison de l'inconstance des principaux symptômes et de la façon assez uniforme dont l'organisme infantile réagit au début de la plupart des maladies infectieuses aiguës. Ce diagnostic est à peu près impossible dans la première enfance, de telle sorte que cette affection passe souvent inaperçue dans le cours des deux premières années de l'existence. D'autres affections, comme la tuberculose chronique, peuvent évoluer en même temps, ce qui rend les erreurs de diagnostic presque inévitables, si l'on n'a pas recours aux procédés du laboratoire.

Parmi ces derniers, la recherche du bacille d'Eberth dans le sang de la circulation générale, la ponction de la rate et la recherche du bacille dans les selles, ne peuvent guère être entreprises dans la pratique courante. L'étude du syndrome urologique et la recherche de la diazo-réaction d'Ehrlich peuvent fournir des données utiles au diagnostic, mais leur valeur est moindre que celle du séro-diagnostic et du fibrine-diagnostic.

M. Masbrenier a recherché la séro-réaction dans plus de soixante cas de fièvre typhoïde infantile ; et elle n'a été retardée et à peine indiquée que dans un cas où le diagnostic clinique de fièvre typhoïde semblait absolument certain. La séro-réaction, recherchée chez 27 enfants pendant les dix premiers jours de la fièvre typhoïde, est constamment apparue avant la fin de cette période : trois fois elle a été constatée le troisième ou le quatrième jour. La persistance de la séro-réaction paraît moins grande que chez l'adulte.

La recherche du réseau fibrineux par l'examen extemporané d'une goutte de sang frais, au moyen de la cellule à rigole, sans pouvoir remplacer la méthode de Widal, dont elle n'a pas la spécificité, complète utilement et d'une façon précoce les données du séro-diagnostic : il est possible par ce procédé d'évaluer approximativement le degré de la leucocytose, et l'hypoleucocytose constitue un important facteur de probabilité pour le diagnostic de la dothiénentérie.

L'uro-diagnostic et la diazo-réaction, et surtout la méthode de Widal, ainsi que le fibrine-diagnostic, méritent de devenir d'un emploi courant dans la pratique ; ce sont là des procédés simples et rapides.

IV

Le bain froid semble constituer la méthode de choix dans le traitement de la fièvre typhoïde. Outre son pouvoir anti-

thermique, il possède une action diurétique puissante, qui active l'élimination des déchets toxiques en excès dans le sang. Tonique et stimulant, il augmente la vitalité des tissus et modère la nutrition. — Chauveau réfute l'opinion couramment admise de la bénignité de la fièvre typhoïde chez les enfants. Le bain froid, administré suivant la méthode de Brand, lui a donné les meilleurs résultats dans le traitement des jeunes typhiques. Sa statistique, basée sur 275 cas recueillis dans le service du Dr Josias, à l'Hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau, relève 9, 8 pour 100 de mortalité : ce chiffre est bien inférieur à celui des autres méthodes préconisées contre la dothiénentérie infantile. Toutefois cette statistique relate une mortalité encore supérieure à celle publiée par le Dr Glénard, qui a toujours pratiqué la même méthode : cette divergence dans les résultats est difficile à expliquer. Si la balnéation froide n'est certes pas le traitement spécifique de la fièvre typhoïde, la méthode de Brand reste encore actuellement le meilleur moyen de résister, avec le plus d'avantages possible, aux attaques du bacille d'Eberth.

L'application de cette méthode paraît justifiée en raison du taux de mortalité par la fièvre typhoïde, assez élevé chez l'enfant comme chez l'adulte, et de ses complications possibles, dont la plus fréquente et la plus grave est la bronchopneumonie. La balnéation froide permet aux malades de lutter dans de meilleures conditions contre l'infection.

On a reproché à cette méthode de produire chez les jeunes sujets des chocs nerveux, des tendances à la syncope, des accidents de collapsus cardiaque : en réalité ces faits sont rares. Les bains froids sont bien supportés par les enfants. Ils seront administrés systématiquement dès le premier soupçon d'infection typhique. Seule la péritonite par perforation ou par propagation devra être une contre-indication au bain froid.

Suivant les cas, le bain est donné à la température de 18° à 22° ou 24°, et sa durée est basée sur l'état du malade, son âge et surtout sur l'apparition du frisson. L'adjuvant de cette méthode consiste dans l'alimentation et dans l'hygiène les plus parfaites. (*A suivre.*)

VARIA.

La Croix-Rouge Japonaise.

(*Nippon Sikijiuji*).

Jusqu'à présent une grande majorité des Européens ont encore une notion très restreinte du développement intellectuel du Japon. Sauf quelques noms de nos confrères japonais, devenus célèbres tout récemment, le Japon nous paraît comme un pays où la civilisation européenne n'est qu'imitée. La guerre sino-japonaise a montré, cependant, que les Japonais sont capables d'habileté et ont de l'instruction. Mais, ce que nous ne savons pas, c'est que les Japonais sont des gens très pratiques et, en matière d'organisation, ils ne sont pas au-dessous des habitants de l'Europe. La Croix-Rouge japonaise est un des meilleurs échantillons de l'esprit organisateur du peuple japonais. Elle montre auquel degré de développement peut atteindre une œuvre humanitaire chez les Extrêmes-Orientaux, séparés des Européens par l'immense espace d'obscurantisme. Fondée en 1877, sous la nomination de Hakuaisha (Société de bienfaisance) par le comte Sano, et transformée en Croix-Rouge du Japon en 1887, cette société compte actuellement plus de 600,000 membres sur une population de 45 millions d'habitants, soit 1 pour 75. Chaque membre paye 3 yen par an (7 fr. 50 cent.), ce qui fait un capital de 4.500.000 fr. de revenu annuel de cotisations. La Société reçoit en plus des dons une subvention annuelle de la part de l'Empereur de 10.000 yen (25,000 fr.) Elle a reçu comme don de la part de la maison impériale, 250.000 fr. Ces seuls chiffres suffisent pour indiquer les ressources de la Croix-Rouge japonaise. Cette riche société a une organisation éminemment centralisée. Son comité central se trouve à Tokio. Chaque gouvernement a son comité particulier sous le patronage du gouverneur. Pour arriver à leur brillante situation les organisateurs de la Croix-Rouge japonaise ont montré une remarquable intelligence et un savoir-faire peu banal. Les moyens employés par eux sont les suivants :

1) *Publications et avis*, largement distribués dans tout le Japon.

2) *Concours des préfets des départements.* Ces préfets sont engagés dans les comités locaux, comme protecteurs à l'exemple du chef d'Etat, qui est le protecteur du comité central. Ce concours a permis à la Croix-Rouge japonaise de pénétrer dans toutes les provinces.

3) *Insignes publics aux membres.* Voici un moyen de propagande, qui ne manquera pas d'être accueilli avec empressement chez nous en France. Ces insignes sont accordés à chaque membre en cérémonie solennelle et sanctionnés par l'Empereur même. Ces insignes peuvent être portés par les membres dans toutes les réunions publiques, comme toutes autres décorations. C'est un honneur d'avoir cet insigne et tous ceux qui veulent faire voir qu'ils appartiennent à une bonne société doivent posséder cet insigne ! Pour pousser plus loin la manie décorative, empruntée, probablement à l'Extrême-Occident, les organisateurs de la Croix-Rouge japonaise livrent une décoration spéciale de mérite à : *a)* celui qui a pu faire un grand nombre d'adhérents, et *b)* contre un don de 1000 yen, 2.500 fr.

4) *Assemblées générales des sections locales.*

5) *Vulgarisation par la lanterne magique.* Ce sont des conférences publiques, faites par les médecins de la Société et accompagnées de projections de la lanterne magique, présentant différents épisodes du fonctionnement et de l'utilité des Croix-Rouges.

Nous passons sous silence la description de l'organisation du Comité central de la Croix-Rouge japonaise, qui dirige avec une remarquable intelligence les comités provinciaux, sans se soucier de ce que leur organisation porte l'empreinte de la terrible centralisation. Comme tous les membres des comités ne reçoivent aucune rémunération, la Société en question ne craint pas le virus du fonctionnarisme. Elle possède un merveilleux hôpital à *Tokiô-Hakuaisha*, fondé par notre confrère, le baron Hashimito et dirigé par le Dr le baron Ishiguro. L'hôpital de la Croix-rouge japonaise contient 57 chambres et 161 lits. Ces derniers peuvent être augmentés en cas de besoin. L'hôpital est payant et un nombre extrêmement restreint est admis gratuitement. Tout le monde paye et, selon leur fortune, les malades se divisent en cinq classes. Ceux de la première classe — 11 fr. 25 : ceux de la deuxième — 6.25 : la troisième — 3 fr. 75 : de la quatrième — 2 fr. 50 et de la cinquième — 1 fr. 25 par jour. Il y a 30 lits pour les pauvres. L'hôpital sert en plus comme école pour les infirmiers et les infirmières. Les Japonais, comme une partie des Européens, eurent longtemps un certain dédain pour les infirmiers et les infirmières, recrutés parmi les gens du peuple. Le mépris pour les gens, qui se dévouent à une œuvre humanitaire eut, comme conséquence, l'entravement de la marche de l'œuvre. En gens pratiques et dépassant de beaucoup leurs aînés civilisés de l'Europe, ils mirent bientôt fin à cet état déplorable. Le procédé employé est tout à fait à l'honneur des Japonais. Les femmes de la haute classe japonaise constituèrent une société des « dames des secours volontaires » et relevèrent ainsi les fonctions et le prestige de l'infirmier. Elles se réunissent deux ou trois fois par mois dans un local du siège social de la Croix-Rouge et étudient l'art de soigner les malades et les blessés sous la direction des Drs Adati, Beltz et Scribber. Le nombre des infirmières nobles à Tokio atteint actuellement 181, celui des provinces est de 717. Mises au courant de la profession de l'infirmière, elles encouragent les infirmières professionnelles par leur exemple et par leur dévouement.

La Croix-Rouge japonaise possède en plus deux bateaux-hôpitaux d'évacuation. *Hakuai-Maru* (amour sans borne) et *Kosai-Maru* (bienfait sans cesse), pouvant contenir 208 malades.

La flore japonaise, riche en culture de riz et en bambous,

permet en cas de guerre ou d'épidémie de monter en l'espace d'une demi-heure toute une serie de baraques — hôpitaux temporaires — dont le bambou forme les piliers et la paille de riz les murs, le toit et le plancher. La paille de riz s'attache par des cordes, faites également en paille de riz, ce qui permet de ménager le nombre voulu des fenêtres et des portes. « C'est propre, dit l'auteur du rapport sur le fonctionnement de ces hôpitaux, chaud, léger et le plancher assez mou sert de lit ».

La paille de riz a fourni au Dr Kikuchi un moyen d'obtenir un pansement aseptique bon marché. En faisant brûler la paille à l'abri de l'air et sans la laisser se réduire en cendre, on obtient un charbon, qu'on renferme dans des coussinets de gaze. Les expériences, faites par le Dr Kikuchi ont montré que ces sachets donnent de bons résultats comme pansement et pendant la guerre Sino-Japonaise ce pansement fut appliqué sur une grande échelle et a rendu de grands services.

Le recrutement des médecins de la Croix-Rouge japonaise se fait soit par l'engagement des étudiants en médecine, soit par l'engagement des médecins diplomés. Les étudiants en médecine désirant faire partie de la Croix-Rouge font leur demande au président de l'Université, qui en fait le choix. Une fois admis dans la Croix-Rouge, ces étudiants deviennent étudiants de la Société. Celle-ci leur accorde les frais d'études (37 fr. 50 c. par mois), les envoie à ses frais se perfectionner dans les pays étrangers. Pourvus des diplômes de docteurs, ils appartiennent à la Croix-Rouge pendant quinze ans et doivent se rendre partout où le fonctionnement de la Société les appelle.

Les docteurs diplômés ne sont engagés que pour une période de cinq ans. Les fonctionnements de la Croix-Rouge japonaise pendant la guerre sont les mêmes que ceux des Sociétés semblables de l'Europe.

Elle s'en distingue cependant par son organisation, comme nous l'avons dit plus haut, et par son action pendant la paix. Elle participe *de facto* pendant la durée des grandes et des petites manœuvres, où ses membres suivent le déplacement des régiments avec leur ambulance et portent à chaque instant secours aux soldats malades. Elle est appelée partout, où il y a des secours à donner, c'est ainsi que les différentes sections de la Croix-Rouge japonaise portèrent secours aux victimes des éruptions volcaniques en 1888, aux victimes des naufrages, entre autre aux naufragés de la mission turque d'Osman-Pacha en 1890, aux victimes du tremblement de terre des départements d'Owari et de Mino, en 1891, du département d'Akita, en 1896, aux victimes et blessés de l'incendie et aux victimes de débordements de la mer en 1896. Elle participe dans les secours donnés aux victimes d'inondations de fleuves, aux victimes des accidents de chemins de fer, pendant des épidémies et donne ses soins aux victimes des accidents dans les grandes villes. Cette nomenclature nous suffit pour montrer l'utilité immédiate rendue par la Croix-Rouge japonaise à la population en dehors de la guerre, et c'est ainsi que nous comprenons le fonctionnement d'une Société qui se dévoue à l'œuvre humanitaire : de soigner les pauvres et les blessés. La Croix-Rouge japonaise ne s'enferme pas, comme ses confrères européennes, dans l'étroite idée de secourir les blessés pendant la guerre, elle comprend sa tâche plus largement ; elle vient au secours de tous ceux qui ont besoin de son intervention, et ceci constitue son véritable mérite.

Les Japonais nous montrent, ainsi, que toute association peut se rendre utile à ses concitoyens et à son pays, malgré son but principal, si elle veut bien élargir son champ d'action.

P. Kouindjy.

Responsabilité des médecins d'hôpitaux en cas d'erreurs pharmaceutiques.

Si la responsabilité médicale était étendue jusqu'au point où paraît la pousser la septième Chambre du Tribunal civil de la Seine, l'exercice de la médecine serait impossible dans un hôpital. Le jugement reproche à un médecin de ne pas être allé lui-même à la pharmacie remplir un flacon de la solution dont il avait besoin. Nous pensons que le Tribunal a été trompé ou que quelque circonstances du procès n'a pas été publiée, car nous nous refuserions de qualifier pareil jugement rendu dans les circonstances exactes que publie le *Journal*, dont nous reproduisons d'ailleurs l'article :

« En droit, il s'agissait de savoir si un médecin d'hôpital qui, au cours d'une opération chirurgicale quelconque, donne l'ordre à un infirmier d'aller chercher un médicament à la pharmacie de l'hôpital, peut être et doit être rendu responsable de l'erreur commise à la pharmacie, alors surtout que ledit produit présente tous les signes extérieurs du médicament commandé ?

« En fait, le cas était le suivant : Le 20 septembre dernier, à la clinique dentaire des Quinze-Vingts, M. le Dr X.. s'apprêtait à faire une opération sur une malade quand il s'aperçut qu'il n'avait plus de chlorhydrate de cocaïne. Il chargea un infirmier d'aller en chercher à la pharmacie de l'hôpital. L'infirmier revint bientôt, rapportant une fiole sur laquelle se trouvait l'étiquette : chlorhydrate de cocaïne. Le docteur se servit du liquide, qui était non du chlorhydrate de cocaïne, mais du sublimé. Il en est résulté pour la patiente des escarres et une nécrose de la mâchoire. D'où le procès actuel, qui a pour objet une demande en dix mille francs de dommages-intérêts formée par la victime contre M. le Dr X.

La septième Chambre du Tribunal civil, après avoir entendu les plaidoieries des parties en cause, représentées à sa barre par Me Mesnin et par Me Fabars, a rendu, hier, un jugement longuement motivé, aux termes duquel elle reconnaît le principe de responsabilité à l'égard de M. le Dr X.

Et les raisons qu'elle donne pour asseoir sa décision méritent d'être rapportées car, pour le médecin opérateur, elles me paraissent difficiles à observer.

« .... Attendu que, sans doute et comme il l'a soutenu à l'audience, X. ne pouvait faire l'analyse du flacon qui venait de lui être apporté : mais attendu qu'il n'y avait aucune nécessité de recourir à ce moyen et que, puisque la pharmacie se trouve dans l'hôpital où il faisait ses opérations, X. n'avait qu'à se rendre à la pharmacie où il aurait lui-même demandé la substance dont il avait besoin et où on lui aurait remis à lui-même le liquide qu'il devait employer.

« Attendu que ce moyen était simple et sans inconvénient ; mais qu'au lieu d'agir ainsi, X. donna verbalement un ordre que l'infirmier n'a pu que répéter verbalement, et qu'il a rapporté une substance qui, en admettant les explications de X., a causé tout le mal ;

« Qu'il suit de là que la responsabilité de X. résulte de ses explications mêmes... »

« Je dois enfin ajouter qu'avant de statuer sur le quantum des dommages-intérêts, le tribunal a commis trois experts : les docteurs Laugier, Richardière et Champret, qui auront à se prononcer sur l'importance des blessures occasionnées par le médicament à la fausse étiquette. »

Le nouveau projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Voici le texte d'un amendement à la proposition de loi de M. Astier et plusieurs de ses collègues sur l'exercice de la pharmacie, présenté par M. Empereur, député.

Art. 9.— 1° *Rédiger comme suit le deuxième paragraphe de cet article* : « Toutefois, le médecin dont le domicile sera à plus de 4 kilomètres de toute pharmacie pourra fournir des médicaments aux malades près desquels il sera appelé ou qui viendront le consulter dans son cabinet. »

2° *Ajouter à la fin de cet article un paragraphe ainsi conçu* : « Les médecins exerçant la pharmacie dans les conditions de l'article 11 de la loi du 21 germinal an XI pourront continuer cet exercice et jouiront en outre des droits prévus au présent article ».

Art. 10. — *Compléter comme suit le dernier paragraphe de cet article* : « La vente des médicaments spécialisés, français et étrangers est interdite, à l'exception, toutefois, de ceux qui seront approuvés par l'Académie de médecine. Ces médicaments devront toujours porter la formule exacte de

leur composition, mais ne devront jamais être accompagnés d'aucune indication thérapeutique écrite ou imprimée.

Thèses de Bordeaux.

M. *Menier*. Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie. — M. *Matignon*. L'art médical à Tunis. — M. *Quenendec*. Contribution à l'étude des fractures spontanées en général et en particulier dans la paralysie générale. — M. *Auchier*. Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale progressive et de la dégénérescence. — M. *Dubablen*. Des troubles de la sensibilité cutanée en rapport avec les maladies des organes génitaux internes de la femme. — M. *Dugé de Bernonville*. De la tarsoclasie dans le traitement du pied-bot varus équin congénital chez l'enfant. — M. *Ginestous*. Du rétablissement de la vision binoculaire dans le traitement du strabisme. — M. *Destonesse*. Contribution à l'étude des endothéliomes des os. — M. *Polidor*. Des canaux de Gartner. De leur persistance chez la femme sous forme de conduits à débouché vaginal. — M. *Vergues*. Contribution à l'étude de l'ablation du ganglion de Gasser. — M. *Etchepare*. Quelques remarques sur le joueur de pelote. — M. *Sabroux*. Exostoses du conduit auditif. — M. *Picot*. Contribution à l'étude des luxations congénitales de l'épaule. — M. *Bouvier*. Des fibromes de l'utérus intra-ligamentaires. — M. *Lenouriehel*. Acné professionnelle due au goudron de houille. — M. *Dubourg*. Contribution à l'étude de l'exosplénopexie. — M. *Delaire*. De la coexistence de rétrécissement et de corps étrangers dans l'œsophage. — M. *Recours*. De l'éviscération post-opératoire spontanée. — M. *Lambert*. Notes sur la sacculose vésicale (complications, traitement). — M. *Druilhet*. De l'œdème dans la rétention d'urine. — M. *Ballan*. Contribution à l'étude du traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie. — M. *Lupan*. Contribution à l'étude de la sérothérapie antituberculeuse. — M. *de Fleury*. Contribution à l'étude du syndrome du cone terminal. — M. *Dheste*. Le signe de Révilliod et le signe de Legendre dans l'hémiplégie faciale d'origine centrale. — M. *Bert*. Traitement des déviations de la cloison nasale. — M. *Coudret*. De l'extirpation totale de la glande sous-maxillaire dans les cas de calculs salivaires. — M. *Pujos*. Du suc pulmonaire dans les pleurésies purulentes. — M. *Dusson*. Considérations psychologiques et médico-pédagogiques sur un cas de dégénérescence. — M. *Rideau*. La laryngite grippale. — M. *Grasseteau*. Contribution à l'étude du traitement de la méralgie paresthésique. — M. *Cranste*. Contribution à l'étude des divisions congénitales de la langue.

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 21 juillet au samedi 27 juillet 1901, les naissances ont été au nombre de 1,109 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 403, illégitimes 146. Total 549. — *Sexe féminin* : légitimes, 414, illégitimes, 146. Total, 560.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 21 juillet au samedi 27 juillet 1901, les décès ont été au nombre de 859, savoir : 459 hommes et 400 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 5 F. 4. T. 9. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 5, F. 10, T. 15. — Scarlatine : M. 3, F. 3, T. 6. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie et Croup : M. 9, F. 4, T. 13. — Grippe : M. 0. F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 0, F. 0, T. 0. — Tuberculose des poumons : M. 80, F. 64. T. 144. — Tuberculose des méninges : M. 15, F. 9, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 2, T. 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 25. F. 28. T. 53. — Méningite simple : M. 15, F. 11, T. 26. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 32. F. 22. T. 54. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 22. T. 45. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 4. T. 8. — Bronchite chronique : M. 9, F. 4, T. 13. — Pneumonie : M. 14, F. 6, T. 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 29. T. 57. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 3, F. 3. T. 6 ; autre alimentation : M. 45, F. 40. T. 85.—Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 0, F. 3, T. 3. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 8. F. 5, T. 13. — Hernies, obstruction intestinale : M. 4. F. 5, T. 9. — Cirrhose du foie : M. 4, F. 2, T. 6. — Néphrite et mal de Bright : M. 10, F. 12, T. 22. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 5, T. 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F, 5, T. 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement: M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 20, F. 9. T. 29. — Débilité sénile : M. 8, F. 17. T. 25.— Morts violentes : M. 21, F. 11, T. 32. — Suicides : M. 7, F. 2, T. 9. — Autres maladies : M. 47, F. 49, T. 96. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 4. F. 7, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 27, illégitimes, 10. Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 16. — Total : 34.

Concours de l'Externat. — L'ouverture du Concours pour les Prix de l'Externat et la nomination des Internes aura lieu le lundi 16 décembre, à *midi précis*. Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat-général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 novembre jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les Candidats devront se réunir pour la première épreuve. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les Candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au Concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée, déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

Cours de vacances. — *Cours pratique d'Ophtalmologie*. — M. le Dr F. Terrien, chef de clinique, recommencera, le mardi 20 août, à 5 heures, à l'Hotel-Dieu, des Conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades). Rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil. 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves).
Le cours durera 6 semaines et aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 5 heures. S'inscrire d'avance tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Distinctions Honorifiques : *Legion d'honneur*. — Dans la liste des médecins décorés, nous avons omis le nom de notre distingué confrère, M. le Dr Chevallereau, oculiste des Quinze-Vingts, ancien rédacteur en chef de la *France Médicale*. Nos félicitations un peu tardives, mais bien sincères, à notre excellent confrère. (*N. D. L. R.*)

Mérite Agricole. *Officier* : M. le Dr Granel, de Montpellier.— *Chevaliers* : MM. les Drs Léon Petit, de Paris ; Demouche, de Lagrange ; Mauriac, de Bordeaux.

Nécrologie : Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Hameau, de Bordeaux, vice-président de l'Association de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France. Le Dr Hameau était le petit-fils de Jean Hameau, ce savant modeste, médecin à La Teste, qui découvrit la pellagre en France et fut un véritable précurseur de Pasteur. Il y a un an à peine, le Dr Hameau, qui vient de mourir, assistait à l'inauguration du monument de son aïeul.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 33. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 17 AOUT 1901

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE EXTERNE : Un cas de myosite ossifiante au niveau d'un moignon d'amputation, par A. Katz. — STOMATOLOGIE : Lithiase salivaire, par Salomon.— BULLETIN : A propos du Congrès de la tuberculose, par J. Noir. — XIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES (*suite*) : Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique, rapport par A. Carrier, G. Carrier et E. Martin ; Délire aigu à début paranoïaque, par Roubinowitch ; Des hémorrhagies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates des extatiques, par Bourneville : Gymnastique en miroir, par Meige ; Psychose post-opératoire, par Devay ; Tumeur cérébelleuse et épilepsie, par Marchand ; Torticolis mental chez des aliénés, par E. Martin ; Paralysie générale juvénile, par Devay ; Recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal, par Roubinowitch et Philippet.— REVUE ANALYTIQUE SUR LES MALADIES DU PREMIER AGE, (*Suite et fin*), par H. de Rothschild. — MÉDECINE PRATIQUE : Traitement de l'anorexie chez les tuberculeux par la persodine, par Hobbs ; Inconvénients de l'emploi du chloroforme associé à l'extrait de fougère. — NÉCROLOGIE : Le Dr Le Roy de Méricourt. — VARIA : Les Congrès. Ecoles des Infirmiers et Infirmières.— Distribution des prix.— FORMULES.— NOUVELLES.

CLINIQUE EXTERNE

Un cas de myosite ossifiante au niveau d'un moignon d'amputation

Par **A. KATZ**
Interne des hôpitaux.

Parmi les complications qui peuvent survenir au niveau des moignons d'amputation, il en est une, qui par son excessive rareté, est à peine décrite dans les classiques : nous voulons parler de l'ossification des moignons.

La très grande rareté de cet accident nous incite à publier le cas suivant que nous avons observé dans le service de notre maître, M. Chaput.

X... 38 ans, charretier, entre, au cours du mois de juillet 1900, dans le service de M. le docteur Chaput, salle Broca, n° 4, hôpital de la Pitié.

Deux heures avant l'arrivée à l'hôpital, X... reçoit sur la cuisse droite une énorme pierre de maçonnerie, le malade tombe, perd connaissance et reste inanimé pendant plus d'une heure. Au bout de ce temps, le malade est relevé et transporté à l'hôpital.

A son entrée, on constate, en dehors d'un état général très grave, un écrasement complet du tiers inférieur de la cuisse droite. Toute la cuisse est réduite en une bouillie noire, du sang s'échappe en abondance du foyer : ce sang est noir et coule en bavant.

On enlève les débris de vêtements collés à la vaste plaie, et on constate la présence, sous ces débris, de plusieurs fragments de fémur en même temps que la saillie du bout inférieur du segment supérieur du même os. Au-dessus de ce foyer la peau est pâle et froide.

Un énorme hématome distend la synoviale du genou : la jambe et le pied restent froids.

On ne sent pas les battements de la tibiale postérieure, ni ceux de la pédieuse.

On fait séance tenante un grand lavage de la vaste plaie avec de l'eau bouillie très chaude, et en même temps une antisepsie soignée des téguments de la cuisse et de la jambe ; on fait l'hémostase et on enveloppe le tout dans un grand pansement compressif. Le lendemain, l'état général s'améliore un peu, mais la jambe continue à rester froide, et on ne sent pas d'avantage les battements de la tibiale postérieure et de la pédieuse. On décide alors de faire l'amputation de la cuisse immédiatement au-dessus du foyer de la contusion et l'amputation est faite séance tenante sous le chloroforme.

L'état général du malade s'améliore sensiblement pendant les jours qui suivent l'amputation, mais le moignon se met à suppurer abondamment vers le dixième jour après l'opération.

Petit à petit, le bord inférieur du fémur fait saillie à travers la plaie et se couvre de bourgeons charnus.

La température monte tous les soirs à 39°, et le malade, qui refuse obstinément toute intervention nouvelle, se cachectise visiblement.

Au bout de plusieurs semaines, le malade se décide enfin à se laisser réopérer, et le 10 novembre, M. Chaput entreprend la régularisation du moignon. Après une vaste incision, M. Chaput explore le fémur, qui est nécrosé sur une étendue de huit centimètres environ : toute cette partie est réséquée : quelques abcès intra-musculaires siégeant très haut (à douze centimètres de la plaie d'amputation) sont ouverts : enfin, M. Chaput régularise le moignon et établit un vaste drainage de la plaie. L'état général et l'état local s'améliorèrent après cette seconde intervention avec une grande rapidité.

Le 1er décembre, c'est-à-dire, trois semaines après la seconde intervention, le moignon était complètement cicatrisé, et il était indolent, *absolument indolent* et bien matelassé. Le malade était donc en pleine convalescence, lorsque vers le milieu du mois de décembre, le moignon devint *sensible à la pression*. On pensa à la possibilité d'un névrome.

Bientôt, la douleur, limitée au début en un point très circonscrit de la cicatrice, s'étendit à toute la cicatrice. De la cicatrice, la douleur gagna les parties profondes du moignon et à un moment, vers le premier janvier, l'exploration du moignon devint intolérable. Cette exploration doucement conduite permit de constater un fait curieux qui intrigua tout le service : au point où le malade localisait ses premières sensations douloureuses, la palpation permit de constater l'existence d'une plaque dure qui avait tous les caractères de la substance osseuse.

A mesure que la douleur avait envahi le moignon, cette plaque osseuse avait gagné aussi en étendue et à un moment donné tout le contour du moignon présentait au toucher une consistance osseuse ; il était impossible de trouver au niveau du moignon toute trace de tissu mou. Le fémur ne paraissait pas augmenté de volume dans le sens de l'épaisseur ; à l'extrémité inférieure de l'os, celui-ci se perdait brusquement dans la coque osseuse du moignon sans qu'on pût établir la relation exacte de l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale d'avec cette néoformation osseuse.

La peau était intacte et glissait facilement sur cette production osseuse.

En un mot, tout le moignon était ossifié. En présence des douleurs très pénibles accusées par le malade, on décide d'intervenir à nouveau. M. le docteur Faure, qui remplaçait à ce moment M. Chaput, fit l'opération le 20 janvier 1901.

Une incision transversale fait tomber immédiatement sur la néoformation osseuse. Celle-ci a la forme d'un disque ; la surface extérieure de ce disque est située à un centimètre environ de la cicatrice.

Entre le disque osseux et la cicatrice, on trouve un tissu lâche permettant très aisément d'isoler le disque par sa face cutanée. La surface interne, au contraire, est fortement implantée dans les chairs dont il est impossible de la détacher ; cette surface est hérissée d'une multitude de saillies osseuses ; quelques-unes de ces saillies sont petites, à sommet aigu, la base étant implantée sur le disque osseux. La plupart des saillies sont épaisses (un centimètre de diamètre), et ont une longueur variable de deux à cinq centimètres.

Toutes ces excroissances implantées dans les tissus mous font que l'adhérence du disque osseux aux chairs est excessivement forte.

A l'aide de la rugine, on arrive néanmoins à décoller le disque osseux dans plus de la moitié de son volume ; le reste est morcelé, arraché avec le davier. La néoformation osseuse *n'adhère pas* au bout inférieur du fémur. Entre ces deux os la distance est de deux centimètres environ. Le bout inférieur du fémur a une surface de section nette, la circonférence de cette extrémité inférieure est égale à celle que présente l'os au-dessus de l'extrémité ; la sonde cannelée promenée sur la surface de section ne pénètre pas dans le canal médullaire du fémur.

Après extraction de la néoplasie osseuse, on fait l'hémostase, qui est assez pénible, et on referme la plaie.

Le disque osseux extrait du moignon pesait 120 grammes. Les suites furent des plus simples ; la plaie se réunit par première intention et le moignon, souple, indolent, resta tel jusqu'à la sortie du malade de l'hôpital, le 25 mars 1901.

En somme, il s'agit d'un malade qui a subi deux amputations ; après la deuxième opération, il se développa dans le moignon une néoplasie osseuse qui, petite d'abord, finit par envahir tout le moignon, et le rendit impotent et douloureux. L'ablation de cette néoplasie osseuse permit de refaire un moignon souple, indolore et très satisfaisant à tous les points de vue.

Il est difficile de se prononcer avec certitude sur le processus pathogénique de cette néoformation osseuse. Il est très problable que, au cours de l'amputation, on ait laissé quelques lambeaux de périoste dans la plaie ; ces lambeaux ont pu proliférer ultérieurement et déterminer la formation de la table osseuse en plein tissu mou du moigron.

Mais on peut se demander s'il ne s'agit pas ici d'un cas de myosite ossifiante localisée, comparable aux ostéomes qu'on observe à la suite de contusions avec rupture des fibres musculaires ; ces ostéomes traumatiques sont très fréquents ; on les voit souvent chez les cavaliers au niveau des adducteurs de la cuisse ; on les observe dans le brachial antérieur à la suite de luxations du coude, etc.

Ces ostéomes n'adhèrent pas aux os du voisinage, mais ils adhèrent au muscle avec lequel il font corps ; or, nous avons justement rencontré ces deux caractères dans notre cas ; la table osseuse n'avait aucun rapport immédiat avec le fémur : d'autre part, son adhérence aux muscles du moignon était telle qu'on fût forcé, pour l'extraire, de créer une large brèche, une grande cavité anfractueuse et saignante.

STOMATOLOGIE

Lithiase salivaire (1).

Par le Dr **SALOMON** (de Savigné-l'Evêque).

La rareté des calculs salivaires chez la femme et en particulier du canal de Sténon, m'engage à présenter un calcul de 7 gr. 25, que j'ai rencontré en explorant la bouche d'une malade atteinte de phlegmon de la région parotidienne, qui s'était étendu à la face et avait envahi toute la région sus-hyoïdienne gauche. J'ai pu recueillir assez facilement ce calcul, il était enclavé dans l'épaisseur de la joue gauche, ayant une partie libre dans la cavité buccale reposant sur la 2e molaire supérieure qui a laissé sur lui une empreinte, il faisait une saillie suffisante pour qu'il m'ait été possible de l'extraire avec le doigt.

Obs. — Mme B... âgée de 64 ans, cultivatrice à Courceboeufs, arthritique fait remonter l'invasion de l'affection à trente ans environ. Au début, elle raconte que pendant de longues années elle a eu des névralgies qui se manifestaient fréquemment et subitement au milieu d'un repas. La douleur disparaissait quelquefois deux ou trois heures après, ou le lendemain, quelquefois au contraire persistait pendant plusieurs jours. Il se formait une petite tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise faisant saillie extérieurement en avant de la région parotidienne. Cette tumeur diminuait peu à peu et disparaissait au bout de huit à dix jours. Il y a huit ans environ, la malade s'est aperçue qu'elle avait une petite boule dure à la partie antérieure de la région massétérine. Cette boule normalement indolore semblait être l'occasion de poussées inflammatoires très douloureuses, se terminant toujours sans suppuration par le retour à l'état habituel. Cette tumeur, qui devenait de plus en plus volumineuse sembla, dans le cours de trois ou quatre ans, s'avancer en s'enfonçant dans la joue, devenant de plus en plus profonde au toucher.

Il y a trois ans, à la suite d'un abcès qui s'était ouvert spontanément dans la cavité buccale, la boule fit saillie dans la bouche, restant néanmoins enfoncée dans les tissus, la malade sentant très bien une épaisseur entre le doigt et la tumeur. Une série d'abcès s'ouvrant tous dans la bouche se produisent à cette époque et, après chaque abcès, la tumeur de plus en plus volumineuse, proémine davantage dans la bouche. Pendant un an la malade est tranquille.

Appelé pour la première fois auprès de Mme B..., le 20 juin 1901, je constate une tuméfaction énorme de la région parotidienne. Les mâchoires sont serrées et ne permettent pas l'introduction du doigt en dedans de l'arcade dentaire. Dans le cul-de-sac que forme le buccinateur avec le rebord alvéolaire en haut et en bas, l'exploration est facile, je me trouve en présence d'un énorme abcès qui a fusé dans la région sus-hyoïdienne. Au niveau de la 2e molaire, je sens un corps dur me donnant l'impression d'une dent énorme. Ce corps est doué d'une certaine mobilité, j'en profite pour lui imprimer des mouvements d'avant en arrière, très douloureux pour la malade, qui pousse des cris déchirants. J'insiste néanmoins et finis par entraîner un corps rugueux ayant la forme assez régulière d'un parallélipipède, aux arêtes et aux angles émoussés, ayant comme grande dimension 0,03 cent., comme petit côté 0,02 cent. pour épaisseur un centimètre et demi et comme grand périmètre 0,07 cent. Ce calcul était enclavé entre la joue, dans laquelle il pénétrait de 0,01 cent. 1/2 et la 2e molaire qui s'est moulée sur lui comme l'indique l'empreinte que l'on retrouve sur le calcul. La malade débarrassée de son calcul, un flot de pus s'est précipité dans la bouche ; elle a été soulagée, et la guérison complète d'une affection ayant eu une durée de 30 ans, semble maintenant une question de jours.

(1) Calcul de 7 gr. 25 présenté à la Société de médecine du Mans du 6 juillet.

Voici ce que l'analyse du calcul faite par un excellent chimiste, mon savant ami M. Soeure a relevé :

Le calcul contient une faible proportion de carbonate de chaux. L'élément dominant est le phosphate tricalcique. Absence de phosphate de soude et de magnésie. Quelques centigrammes chauffés dans un tube à essai avec un peu d'eau aiguisée d'acide acétique cristallisable suffisent pour donner lieu à un dégagement de vapeur répandant une odeur animale très prononcée. En faisant bouilir quelques centigrammes de ce calcul dans de l'eau acidulée, en traitant ensuite par le sulfate de magnésie et l'ammoniaque, on obtient un précipité abondant et caractéristique de phosphate ammoniaco-magnésien (phosphate terreux).

Cette observation est surtout intéressante : 1° par la migration et la formation du calcul dans le canal de Sténon dont il a parcouru tout le trajet en grossissant, dans un espace de trente ans ; 2° par son poids énorme 7 gr. 25, son volume, 0,07 cent. de circonférence ; 3° par sa situation et enfin parce que c'est une femme qui le portait, et que, chez la femme, la fréquence de calculs salivaires est moindre que chez l'homme comme 18 est à 80.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos du Congrès de la tuberculose

Pour la plupart des médecins qui se trouvent tous les jours aux prises avec les difficultés de la pratique, le Congrès britannique de la tuberculose a été une déception. Le bruit courait que des communications sensationnelles allaient surgir, qu'une ligne de conduite sérieuse allait être adoptée pour combattre le fléau et qu'une série de mesures efficaces pourraient être préconisées. Or, si la communication du Pr R. Koch a été sensationnelle, suivie des objections de M. Nocard, elle n'a fait que rendre plus perplexes les médecins dans leur opinion sur la transmission de la tuberculose par le lait. Quant au reste, on n'a fait que ressasser plus ou moins clairement, plus ou moins élégamment, des lieux communs que nous connaissons depuis bien des années : supprimer les crachats, créer des sanatoriums, améliorer les conditions hygiéniques des ouvriers.

Le Congrès, après Hippocrate, a constaté que la phtisie est « de toutes les maladies la plus grande, la plus difficile et celle qui emporte le plus de monde » (1). Encore avec Hippocrate, il a constaté que « le malade, s'il est traité dès l'abord, guérit » (2). Malheureusement, il n'indique aucun moyen pratique de restreindre le fléau et de soigner à temps le malade. Il est facile d'interdire de cracher, il est plus difficile de faire entrer cette habitude dans les mœurs et nous ne sommes pas près de voir l'usage du crachoir de poche se vulgariser. Ce n'est pas dans les dispensaires ni dans les hôpitaux qu'il faut donner des leçons d'hygiène, il est difficile de rendre un adulte propre et de persuader à un malade qu'il est dangereux.

L'homme, quand il souffre et surtout quand il se sent perdu, est le plus souvent singulièrement égoïste.

(1) Hippocrate : *Epidémies*, liv. III, § 13, trad. de Littré.
(2) Hippocrate : *Des maladies*, liv. II, § 49, trad. de Littré.

C'est à l'école, c'est par l'éducation de l'enfant, qu'on arrivera à modifier les mœurs et à faire respecter les prescriptions de l'hygiène. Il en est de ceci comme de l'alcoolisme ou de la politesse : on devient rarement sobre passé trente ans, et si l'on est à cet âge un grossier personnage, il faut renoncer pour toujours à l'urbanité.

La déclaration de la tuberculose ne nous semble pas une mesure très efficace et très sage au moins à l'heure actuelle. Quand le médecin pourra-t-il faire cette déclaration ? Quels résultats donnera-t-elle ? Se livrera-t-on à des désinfections régulières ? Quels effets utiles en retirera-t on ? Autant de problèmes que les plus savants phtisiologues ne sont pas sur le point de résoudre. Nous rééditerons l'exemple de ce qui s'est passé jadis dans les bureaux de bienfaisance de Paris (1). Une tentative de désinfection périodique fut faite dans un arrondissement de Paris chez les tuberculeux des bureaux de Bienfaisance, traités à domicile. Les médecins traitants, l'Administration, le service de désinfection avaient mis tout le zèle et tout le tact possibles à bien faire accueillir cette mesure et les malades et leurs familles s'y plièrent sans difficulté. Cependant l'arrivée périodique des désinfecteurs dans leur maison ne tarda pas à émouvoir les voisins ; ils s'enquirent, la plupart donnèrent congé au propriétaire, ne voulant pas courir les risques d'une contagion, et le propriétaire, pour ne pas perdre ses locataires, mit dans la rue le tuberculeux et sa famille. Ce n'était pas le résultat cherché et l'on cessa les désinfections.

Ce simple fait prouve que, pour retirer un véritable bénéfice des mesures d'hygiène, il est de toute nécessité de donner au peuple une éducation préalable, de faire comprendre la portée des règlements qu'on impose. Sans cette éducation, la meilleure mesure de préservation peut susciter des actes de véritable sauvagerie.

Une autre résolution votée par le Congrès de Londres est l'établissement de sanatoriums et de dispensaires antituberculeux. Nous ne discuterons pas l'utilité des sanatoriums, ils ont fait leurs preuves et nous pensons qu'ils peuvent rendre de réels services, mais s'ils doivent être le complément de l'organisation sanitaire des grandes entreprises et des grandes compagnies ou sociétés industrielles, s'ils peuvent être créés et entretenus par de riches sociétés mutuelles ; nous pensons que les administrations hospitalières commettraient une grave erreur en les multipliant pour les malades de l'Assistance publique. Ces établissements, pour être réellement utiles nécessiteraient de trop grands frais, il en faudrait un nombre trop considérable. Pour y maintenir jusqu'à guérison un tuberculeux curable nécessiteux, il faudrait remplacer par des secours à la famille le salaire du malade. Jamais un père de famille, tuberculeux au début, se sentant encore fort et capable de travailler, ne voudra, en séjournant dans un sanatorium, laisser sa famille dans la misère et risquer de perdre sa place. Les ressources de l'Assistance en France, quelles qu'elles soient, ne seraient jamais suffisantes à assurer les soins et la vie des tuberculeux et de leur famille. A moins que les hommes (mais hélas ! n'est-ce pas une véritable utopie !) ne finissent par comprendre qu'ils ont des ennemis plus

(1) Voir le Bulletin du *Progrès Médical* du 20 octobre 1900 : La déclaration de la tuberculose, par J. Noir.

redoutables que leurs semblables et n'arrivent à consacrer à se défendre contre les maladies les milliards qu'ils sacrifient à préparer leur propre destruction dans des guerres absurdes et fratricides. Ce serait la vraie réforme. Mais à l'heure présente n'y aurait-il pas eu une cruelle ironie à l'émettre dans un Congrès tenu à Londres.

Les dispensaires antituberculeux, n'ayant pas encore suffisamment fonctionné, ne peuvent fournir l'objet d'un jugement définitif, mais ce que nous savons de l'organisation et du but de quelques-uns n'est pas fait pour nous en rendre chaud partisan. Ces dispensaires antituberculeux ne pourront recruter que des malades avancés, car le tuberculeux au début ne se sait pas gravement malade. Ce n'est pas un spécialiste qui dépiste la tuberculose, c'est le médecin proprement dit, dans sa pratique journalière. Admettons néanmoins que le dispensaire parvienne à recruter utilement des malades, quelle action particulièrement bienfaisante pourra-t-il avoir sur eux ? Nous ne la découvrons pas bien. Nous ne voyons guère les conseils inconnus de la majorité des médecins que les spécialistes de ces dispensaires pourraient donner à leurs clients, nous saisissons encore moins la thérapeutique spéciale qu'ils pourraient leur appliquer. Ce n'est pas dans le dispensaire que le médecin luttera avec quelque succès contre la tuberculose, c'est au domicile même du malade. C'est le praticien qui constatera la tuberculose dès son début, c'est lui qui se rendra compte des difficultés de l'application des règles de prophylaxie et d'hygiène pour protéger la famille et qui pourra parer à ces difficultés ; c'est le praticien qui sera seul capable de prescrire un traitement approprié ; seul, il pourra apprécier le milieu où vit son malade, seul, il pourra donner des conseils réellement efficaces.

Si vous voulez sérieusement faire la guerre à la tuberculose, intéressez le corps médical tout entier à cette lutte, et ne gaspillez pas vos forces, vos ressources et votre bonne volonté à des organisations imparfaites et aussi inefficaces que bien intentionnées. Donnez aux étudiants en médecine un enseignement plus complet et moins dédaigné sur la thérapeutique et l'hygiène. Créez à l'école primaire un enseignement d'hygiène sommaire, très simple, mais très clair, capable de modifier les mœurs et de développer à l'égard des contagieux les soins d'une préservation prudente sans susciter la frayeur. Combattez sans répit l'alcoolisme, améliorez les habitations populaires, placez à la campagne les enfants malingres et anémiés des villes. Ce seront là des mesures plus efficaces que l'apposition d'affiches, conseillant de ne pas cracher sur la voie publique ou la préconisation du crachoir de poche à des gens qui souvent ignorent l'usage du mouchoir.

Si on se reporte aux comptes rendus du Congrès de Berlin, tenu en mai 1899, on est surpris de voir le peu de résultats obtenus depuis et l'on se demande si le Congrès de Londres de 1901 aura réellement marqué une étape du progrès ! Espérons qu'en 1903, le Congrès de Paris échappera à cette critique.

J. Noir.

XIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

(*Suite*).

Séance du jeudi 1er Août 1901 (tenue à Limoges.)

Présidence de M. Brissaud.

Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique.

Rapport par M. A. Carrier, *avec la collaboration de* MM. G. Carrier *et* E. Martin.

La commission du Congrès a été bien inspirée en mettant à l'ordre du jour cette question si complexe du délire aigu. M. A. Carrier a su réunir en un faisceau compact et avec la plus grande clarté les différents éléments épars dans la science. L'anatomie pathologique, la bactériologie de cette affection viennent corroborer d'une façon très nette l'assertion que les faits cliniques ont fait émettre au rapporteur : que le délire aigu est un syndrome de nature toxi-infectieuse. Son histoire est une des plus confuses de la pathologie mentale. Avant 1881, les opinions sur la nature de cette affection furent les plus diverses. Pour Calmeil, Foville, c'était une inflammation aiguë du cerveau ; pour Thulié, de l'anémie cérébrale ; pour Lucas, Marie, Lunier, Dagonet, la forme la plus grave de l'exaltation maniaque ; Baillarger rattachait le délire aigu à la manie vésanique, à la manie congestive, à la paralysie générale. Brierre de Boismont le séparait de l'aliénation mentale et de l'encéphalite, et en faisait une entité morbide.

En 1881, la thèse de Briand ouvre une ère nouvelle dans l'histoire du délire aigu. S'appuyant sur l'aspect clinique de cette affection et sur des recherches anatomiques qui lui permirent d'isoler des micro-organismes, cet auteur rapprocha le délire aigu des affections microbiennes ou toxi-infectieuses. Depuis cette époque, les travaux publiés sur cette affection établissent que l'on doit considérer sa nature infectieuse comme confirmée. Krafft-Ebing, en 1888, place le délire aigu dans les maladies avec lésions, à côté des intoxications. Kraepelin, en 1889, le place à côté du délire toxique et fébrile, et en 1898 dans les états toxi-infectieux. D'autre part, les travaux récents en pathologie mentale établissent l'existence de troubles mentaux particuliers accompagnant les infections et les intoxications. Ces troubles sont constitués par *la confusion mentale* décrite d'abord par Delasiauve, puis par Chaslin, Séglas, Régis. Ces données ont précisé la conception que l'on se faisait du délire aigu et permettent de l'envisager comme un syndrome dû à des phénomènes toxi-infectieux.

Clinique. — *Tableau clinique.* — Le délire aigu peut être primitif, il se manifeste alors spontanément, ou secondaire à une psychose préexistante. Il ne se développe jamais que chez des sujets dont le système nerveux a été affaibli soit héréditairement, soit par suite de maladies antérieures.

Période prodromique. — Cette période est plus ou moins longue. Elle s'accompagne de céphalalgie, d'inappétence, de constipation, d'embarras gastrique, d'amaigrissement et d'un malaise général indéfinissable. Le sommeil est troublé par des rêves terribles, des cauchemars effrayants, une agitation inaccoutumée ; souvent, l'insomnie est absolue. Pendant la veille, les sujets ont déjà des hallucinations terrifiantes : ils éprouvent une irritation croissante, une inquiétude continuelle, un besoin incessant de changer de place, quelquefois ils se plaignent d'une angoisse violente.

Période d'état. — Cette période se compose de deux phases de durée inégale : l'une d'excitation, l'autre de collapsus.

1° *Phase d'excitation.* — Le début en est rapide : un jour à peine suffit pour qu'elle atteigne son apogée. Les sujets présentent l'aspect du type maniaque avec phénomènes de dépression par intervalles. Leur physionomie exprime des sentiments divers suivant la nature *des hallucinations* ; les

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris.

hallucinations de la vue dominent très sensiblement. Ils montrent *une hypéresthésie sensorielle* très accentuée intéressant tous les sens.

Le trouble mental consiste en un délire général dont l'incohérence est absolue. C'est un verbiage désordonné, une sorte de rêvasserie dont les sensations indécises externes ou internes et les hallucinations font les principaux frais. Les malades expriment leur pensée comme *dans un rêve* : ils n'articulent parfois que des syllabes qu'ils répètent sans cesse en les assemblant par assonnance. Leurs cris, leurs vociférations altèrent le timbre de leur voix, qui devient rauque, enrouée, nasillarde ; par moments, ils paraissent tomber en stupeur. Des symptômes somatiques importants se montrent dès le début de la période d'excitation : les plus constants sont *la sitiophobie et la fièvre*. L'embarras gastrique s'accentue rapidement, les malades maigrissent à vue d'œil, leur bouche se sèche, les dents et les lèvres se couvrent de fuliginosités, ce qui donne à l'aspect général celui des états typhoïdes. Ils refusent toute ingestion de solides ou de liquides.

La fièvre est un symptôme qui ne manque jamais ; elle est irrégulière et oscille entre 38°, 39° et 40°. On constate en outre de *la dyspnée* et surtout une *accélération extrême du pouls* (120 à 160). *Les urines* sont rares, souvent albumineuses ; on peut constater de l'anurie. *La constipation* est habituelle.

2° *Période de collapsus*. — Au bout de 8 à 10 jours, si les phénomènes morbides ne s'atténuent pas, le collapsus succède à l'excitation. Le délire et l'agitation cessent ; les malades tombent dans la stupeur ; les *troubles trophiques* apparaissent avec des soubresauts de tendons, de la carphologie, enfin de la diarrhée. Le pouls devient misérable, la température monte à 41° et les malades meurent dans le coma. Il est très rare que cette période dépasse deux jours, le plus souvent elle ne dure qu'un jour, parfois même quelques heures. Cette terminaison est presque la règle : cependant il peut y avoir guérison. La rémission commence alors vers le 5e ou 6e jour, quelquefois plus, de la période d'excitation. La terminaison peut se faire par la guérison complète, ou le délire aigu n'est que le prélude de l'invasion d'une vésanie.

D'après le tableau clinique, M. Carrier, reconnaît *deux formes* au délire aigu : l'une relativement bénigne et curable, rare (deux observations à l'appui) : l'autre très grave et presque toujours mortelle. D'après l'aspect clinique, le délire aigu est une maladie générale, dans laquelle le délire, s'il en est le symptôme le plus bruyant, n'est cependant pas celui auquel la maladie doive particulièrement sa gravité.

Séméiologie. — *Le délire* offre le type maniaque ; ses caractères saillants sont la confusion, les hallucinations, la perte de conscience. C'est la confusion mentale hallucinatoire de Delasiauve, Chaslin, Séglas, Régis, que l'on retrouve dans l'intoxication alcoolique aiguë. Lasègue en a fixé le caractère en l'appelant un délire de rêve, Régis un délire onirique. On peut expliquer cette forme de délire et l'excitation qui l'accompagne par l'action directe d'un agent infectieux sur les éléments nerveux qui réagissent en exagérant leur fonction jusqu'à l'épuisement terminal. *Les hallucinations, les illusions, l'hyperesthésie sensorielle* et *l'agitation motrice* peuvent s'expliquer par l'action d'un poison qui vient troubler le fonctionnement cellulaire et dont le degré d'activité mesure l'intensité des réactions fonctionnelles qui en résultent. *La fièvre* est constante et offre le type rémittent. Elle a le caractère des fièvres toxi-infectieuses : elle peut être le résultat soit de l'action directe de l'agent pathogène ou de ses toxines, dont la virulence mesure son intensité, soit des modifications apportées dans l'élaboration des sécrétions internes. *L'accélération du pouls*, véritable tachycardie, serait due aux altérations plus ou moins profondes du pneumogastrique et des centres bulbaires. Comme dans les maladies infectieuses, il y a des modifications de *la pression artérielle* dues à l'action de l'agent toxique sur les vaisseaux. *La sitiophobie* est un symptôme très important, d'après le rapporteur, et qui ne manque presque jamais. Il serait dû, d'après lui, à l'état défectueux des voies digestives supérieures, presque toujours observé. On peut ajouter à cela, d'après Schüle et Krafft-Ebing, l'hyperexcitabilité musculaire dans la première période, la paralysie toxique du pharynx et du voile du palais dans la seconde période. *La constipation* est habituelle. Elle peut être considérée, comme dans les états infectieux et toxiques, comme une conséquence de l'infection, et vient ajouter un élément nouveau à l'intoxication préexistante. Il en est de même de *l'insuffisance hépatique* et surtout de *l'insuffisance rénale* qui peut aller jusqu'à l'anurie. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est la débâcle urinaire avec hypertoxicité que l'on observe dans les cas de guérison et qui coïncide avec l'atténuation des symptômes morbides. La constipation, l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale expliquent les phénomènes de dénutrition rapide qui vont jusqu'au dernier degré *de l'épuisement* et de la consomption.

Le diagnostic du délire aigu, en général facile grâce à sa physionomie caractéristique, doit être fait cependant avec deux états : dans l'ordre psychique, avec les états maniaques aigus ; dans l'ordre somatique, avec les états typhoïdes. Le delirium tremens est un délire aigu d'origine alcoolique.

Anatomie pathologique. *Système nerveux*. — L'hyperémie *des méninges* que l'on constate à l'ouverture de la boîte crânienne avait fait penser à Calmeil et Foville à une périencéphalite. Briand n'y ajoute pas une telle importance et l'on sait aujourd'hui que ce n'est qu'une lésion réactionnelle banale. Les auteurs allemands, et Schüle en particulier, attachent une grande importance à la stase de la circulation cérébrale amenant l'œdème et la congestion active du cerveau. Se basant sur cette manière de voir, Schüle décrit 3 formes du délire aigu suivant qu'il y a œdème, congestion ou anémie du cerveau. Tous les observateurs après Calmeil ont retrouvé et décrit la teinte hortensia de certains points de la substance grise dans différentes régions des hémisphères cérébraux. Les *noyaux centraux* peuvent être frappés de la même hyperémie. Ces lésions sont les seules décrites avec précision jusqu'aux recherches de Cristiani en 1898. Cet auteur a examiné dans trois cas de délire aigu l'écorce cérébrale des lobes préfrontaux, des circonvolutions centrales, l'écorce cérébelleuse, le corps dentelé, le bulbe, la moelle spinale, les racines antérieures et postérieures, le nerf moteur oculaire commun, le grand hypoglosse, le sciatique et le médian. Pour les cellules, il a employé les méthodes de Nissl et de Golgi : pour les fibres, les méthodes de Weigert et Weigert-Pal, de la nigrosine en solution aqueuse à 1 p. 100, après durcissement dans le Müller, enfin le carmin aluné. Les *cellules nerveuses* présentent des altérations constantes et diffuses. Elles consistent en une chromatolyse qui frappe d'abord la zone marginale de la cellule puis se diffuse et se généralise. La cellule est alors décolorée, bleu clair, avec un aspect pulvérulent : les contours sont bleu pâle, indécis, confus. *Le noyau* est peu coloré, indistinct et orienté vers la périphérie au point quelquefois de faire hernie et de s'énucléer. Le *nucléole* est tantôt normal, tantôt décoloré. Les *prolongements* en chromatolyse à leur cône d'origine sont courts, décolorés, sans division et subdivision, tortueux, atrophiés ou variqueux, granuleux et segmentés. La cellule peut présenter aussi de la dégénérescence granuleuse et jaune globulaire (Colucci) ainsi que les prolongements qui paraissent alors segmentés. Cette dégénérescence granuleuse ou jaune globulaire est tantôt partielle, périphérique, basale, peu nucléaire ou siégeant à l'apex, tantôt diffuse et générale. Beaucoup de cellules finissent ainsi par disparaître sans laisser de traces : aussi rencontre-t-on des tractus de tissu jaune avec ou sans éléments cellulaires. Les prolongements nerveux sont moins altérés, ils sont pourtant le siège d'une atrophie variqueuse et sont segmentés.

En résumé, comme altérations cellulaires, on rencontre autant la chromatolyse que la dégénérescence jaune globulaire dans toutes leurs formes et à toutes leurs phases.

Le *corps dentelé du cervelet*, les *noyaux bulbaires*, les *cellules des cornes antérieures* présentent les mêmes lésions que le cortex cérébral. Dans les cellules des cornes postérieures on observe seulement la chromatolyse. Le *cortex cérébelleux*

*

paraît moins altéré; la chromatolyse y est moins diffuse. La coloration au carmin aluné permet d'observer de fréquentes dilatations des espaces lymphatiques péri-cellulaires. On note aussi une infiltration nucléaire autour des cellules altérées, et cette infiltration est plus grande aux endroits où les cellules altérées sont en plus grand nombre et plus gravement lésées. Les *vaisseaux* sont gorgés de globules rouges qui ne sortent jamais des vaisseaux et ne font pas de véritables hémorrhagies. Dans les espaces lymphatiques périvasculaires, quelques grains fins de pigments. Les *méninges* cérébrales et spinales sont normales, ainsi que la *névroglie*.

Les *fibres nerveuses* des écorces cérébrale et cérébelleuse, du corps dentelé, sont tortueuses, tantôt grêles, atrophiées, tantôt grossies avec des renflements en grains de chapelet, tantôt décolorées, tantôt segmentées, granuleuses. De très nombreuses fibres sont détruites surtout dans les couches superficielles du cortex cérébral et cérébelleux. Dans le bulbe, la moelle, les racines spinales et les nerfs, la gaine de myéline est diminuée, réduite à de fines granulations, elle disparaît parfois. La méthode à la nigrosine montre la persistance du cylindre-axe qui apparaît renflé, estompé et non plus brillant. Ces altérations ont les caractères des dégénérescences systématiques.

Le délire aigu, dit Cristiani, apparaît comme une maladie générale du système nerveux. Les méthodes de Nissl et de Golgi mettent en évidence *un processus de dégénérescence cellulaire primitive*. Les fibres nerveuses sont le siège d'une dégénérescence primitive, systématique dans la moelle (m. à la nigrosine). L'infiltration nucléaire (m. au carmin) est un processus secondaire de réaction contre les lésions cellulaires. Les vaisseaux et la névroglie se montrent normaux, ce qui ne serait pas si le processus inflammatoire était primitif. La forme initiale des lésions cellulaires est en pleine harmonie avec l'origine infectieuse et toxique du délire aigu, d'après les recherches anatomiques et expérimentales de Marinesco. La marche des lésions histologiques répond à l'évolution clinique. Au premier temps, envahissement des éléments nerveux qui réagissent en donnant la phase d'excitation ; au deuxième temps, la destruction progressive de l'élément nerveux donne la phase de collapsus.

Cœur et vaisseaux. — Briand indique une coloration spéciale de la tunique externe de l'aorte ordinairement au niveau de la grande courbure. Cette altération, d'après M. Carrier, ne serait pas d'origine inflammatoire, mais d'origine cadavérique et due au décubitus.

Ceni a trouvé dans une de ses autopsies une endocardite végétante au niveau des sygmoïdes aortiques. Pas d'altération du muscle cardiaque.

Tube digestif. — Les auteurs ont signalé de la congestion de la muqueuse intestinale, des ulcérations, des altérations des voies digestives supérieures. Le *foie* présente de la dégénérescence graisseuse, et une atrophie pigmentaire de la cellule hépatique. La *rate* quelque foyers de nécrobiose : *les reins* des altérations du glomerule et des tubes. (Cappelletti). Fürstner a signalé des *lésions musculaires* semblables à celles que l'on rencontre dans les maladies infectieuses. (Dégénérescence cireuse [vitreuse]).

Bactériologie. — Les premières recherches remontent à 1881; Briand signala la présence de microorganismes en quantité considérable dans l'urine des malades. Leur forme était celle de petits bâtonnets et de corpuscules punctiformes. L'examen du sang lui révéla aussi la diminution des globules rouges et la présence de *bactéries*. Rezzonico en 1884, décrivit dans un cas de délire aigu des embolies de microcoques dans les vaisseaux du cerveau.

Pour Spitzka, le délire aigu est une auto-intoxication produite par les ptomaïnes ou autres substances toxiques provenant de l'altération des échanges materiels.

En 1893, Bianchi et Piccinino examinèrent le sang de deux malades morts de delire aigu. Les ensemencements de ce sang donnèrent des cultures où ils trouvèrent des bacilles disposés en chaîne formant de longs filaments. Le sang d'animaux (chien-lapin) inoculés avec ces cultures reproduisit les mêmes cultures. Ils retrouvèrent ces bacilles dans les differents organes (poumons, dure-mère). Ils montrèrent que c'était un microorganisme autonome se rapprochant morphologiquement des bacilles du charbon et du bacillus subtilis. En 1894, les mêmes auteurs admettent qu'on ne trouve pas dans tous les cas de délire aigu le bacille qu'ils ont décrit. Dans sept observations qu'ils rapportent, ils trouvent dans 4 cas le streptocoque pyogène, dans deux cas le staphylocoque doré, et ils en concluent qu'on doit différencier de toutes les autres la forme de délire aigu (délirio acuto-bacillare), dans laquelle on trouve dans le sang et les centres nerveux le bacille particulier qu'ils ont décrit. Rasori en 1893, dans un cas de délire aigu trouve dans le liquide céphalo-rachidien un bacille petit, à extrémité arrondie, plus large que long, et différent du bacille de Bianchi. Potts, Martinotti, Cabitto,ne retrouvèrent pas dans leurs recherches le bacille de Bianchi, mais des microorganismes communs. Ceni, en 1897, trouva constamment dans plusieurs cas de délire aigu le staphylocoque pyogène blanc et jamais le bacille de Bianchi et Piccinino. Il conclut de ses recherches que, si l'on doit admettre le délire aigu bacillaire de Bianchi, l'étiologie n'est pas unique, que les différents microorganismes rencontrés dans le délire aigu ne représentent qu'une infection secondaire d'origine intestinale probable, et qu'ils ne peuvent avoir de valeur étiologique dans la forme morbide en question.

Kotzowsky (1898) signala deux cas de délire aigu d'origine staphylococcique; l'infection aurait eu son point de départ au niveau d'ulcérations intestinales. Le Dr Audemard, en 1898, a rapporté quatre observations, sous la rubrique de cérébro-typhus à forme de délire aigu, et qui seraient des délires aigus d'origine éberthienne.

Les recherches de Cappelleti, en 1899, viennent confirmer celles de Ceni et Kotzowsky. Dans trois cas de délire aigu, il ne put trouver le bacille de Bianchi, mais il isola le staphylocoque pyogène aureus et albus et le bactérium coli. Pour cet auteur, il s'agit de bacilles entrés dans la circulation à la dernière période de la maladie. La possibilité de cette émigration a été admise par Ceni, Charrin, Roger, Bouchard et Sanarelli. Les recherches de Wurtz, Achard et Phulpin, Nocard, Porcher, confirment cette opinion. En 1899, pour répondre aux différents auteurs qui sont venus contredire leurs assertions, Bianchi et Piccinino publièrent un troisième mémoire dans lequel ils donnent trois observations nouvelles. Dans deux cas mortels, ils trouvèrent leur bacille, dans un cas moins grave des cocci communs, enfin dans un autre cas leurs recherches furent négatives. Ils concluent que leurs recherches confirment les conclusions de leurs deux premiers mémoires. Ils en déduisent qu'il existe une *forme coccique* du délire aigu outre *la forme bacillaire*. De ces différentes recherches bactériologiques, il résulte ce fait d'une importance capitale : c'est que le délire aigu est une manifestation clinique toxi-infectieuse. Les recherches bactériologiques ne prouvent qu'une chose : c'est que les symptômes complexes du délire aigu peuvent être provoqués par différents germes pathogènes : d'autre part, il est à croire que la gravité du pronostic n'est pas seulement due à la prédisposition névropathique plus ou moins grande, mais encore à la variabilité des agents microbiens, ayant tous une action éminemment infectieuse ou toxique, ou bien une action mixte.

Aperçu pathogénique. — Le délire aigu est subordonné à trois ordres de conditions pathogéniques essentielles : la prédisposition névropathique, l'épuisement nerveux occasionnel et la toxi-infection.

Le mécanisme de l'infection et de l'intoxication qui produisent le délire aigu peut s'expliquer ainsi : les causes effectives et déterminantes de ce syndrome, dit M. Carrier, mais dans lesquelles nous comprenons les maladies infectieuses antérieures, aussi bien que la prédisposition névropathique nécessaire, ont déterminé dans l'organisme un état de réceptivité pathologique particulier, en agissant surtout sur les glandes à sécrétion interne qui ont pour mission d'offrir normalement une barrière infranchissable aux agents infectieux. Si, du fait de cette action, cette barrière n'existe plus ou est devenue insuffisante, l'organisme est envahi par des toxines qui jouent le principal rôle dans la genèse du

syndrome délire aigu. D'autre part, la diminution des sécrétions résultant de la fièvre et de l'infection empêchant la libre élimination des toxines, détermine des auto-intoxications secondaires venant se surajouter à l'intoxication primitive d'origine microbienne ou autre. Cette opinion permet d'expliquer la variabilité des microbes, aussi bien que la production des auto-intoxications résultant des insuffisances hépatique et rénale. La conception de la nature toxi-infectieuse du délire aigu entraîne à elle seule des indications spéciales qui dominent toute sa thérapeutique. Puisqu'il y a infection, il faut s'opposer à l'évolution des microbes pathogènes et puisqu'il y a intoxication, il faut favoriser l'élimination des toxines nocives.

L'auteur conclut que : 1° le délire aigu est un syndrome de nature toxi-infectieuse. Ce n'est pas une maladie une, ce n'est pas une entité morbide au sens nosologique du mot, parce qu'il dépend essentiellement d'infections et d'intoxications diverses ; 2° il a son point de départ dans l'altération primitive des éléments nerveux par l'agent pathogène et, par suite, intéresse l'organisme tout entier en permettant la production d'auto-intoxications secondaires qui constituent toute la gravité de la maladie : 3° des recherches nouvelles sont à poursuivre pour déterminer la nature des divers agents infectieux qui peuvent le produire, et pour expliquer le mécanisme de cette toxi-infection.

M. Régis. Il résulte du remarquable rapport de M. A. Carrier que la clinique, l'anatomie pathologique, la bactériologie, sont d'accord pour établir que le délire aigu est un état de nature toxique. Il me semble que c'est encore la clinique qui apporte le meilleur élément de preuves de cette assertion. Les psychoses toxiques, comme je le disais dans les *Archives de neurologie* de janvier 1899, ont en effet une symptomatologie spéciale qu'il est impossible de méconnaître.

Les principaux symptômes qui les caractérisent généralement sont, *au point de vue physique* : la céphalalgie, les attaques hystériformes ou épileptiformes, les états cataleptiformes ou catatoniques, les troubles des réflexes, l'inégalité pupillaire, le tremblement généralisé, l'altération de la parole, les troubles des fonctions organiques (gastro-intestinale, circulatoire, respiratoire), des sécrétions et des excrétions, de la nutrition générale, de la température (hyperthermie), l'aspect général ; *au point de vue psychique* : la confusion mentale avec torpeur ou agitation, le délire onirique ou de rêve, les idées fixes post-oniriques, enfin l'amnésie.

Dans le délire aigu, on rencontre précisément tous ces symptômes, je voudrais insister sur certains d'entre eux, à savoir : la céphalalgie, les troubles des fonctions organiques, la confusion mentale, le délire onirique, l'amnésie (céphalée). Il est exceptionnel de voir la *céphalalgie* chez les vésaniques, or, elle ne manque jamais dans les délires toxiques. C'est un symptôme constant de la période prémonitoire et qui persiste encore dans la période d'état. Elle s'observe dans le délire aigu, comme en témoigne la première observation du rapport de M. Carrier.

J'ai pu en observer moi-même plusieurs cas personnels. On peut voir de même dans la période prémonitoire du délire aigu des *attaques hystériformes ou épileptiformes*. Audemard a cité plusieurs faits de ce genre. L'*inégalité pupillaire* s'observe également, mais avec cette particularité qu'elle est extrêmement mobile et variable, pouvant paraître et disparaître plusieurs fois dans la même journée.

On rencontre souvent aussi un *tremblement généralisé* intéressant la langue, fait qui détermine une parole tremblée et bredouillée qui peut donner au malade le cachet d'un paralytique général. Les troubles des fonctions organiques sont très importants dans les délires toxiques et particulièrement dans le délire aigu. Ils peuvent s'accompagner, comme l'a fort bien signalé M. Carrier de troubles circulatoires et respiratoires. Les urines sont très diminuées, leur taux peut descendre au-dessous d'un litre, en même temps qu'elles sont altérées dans leurs éléments normaux (hyperacidité, hyperazoturie, etc...) et qu'elles contiennent des éléments anormaux : de l'albumine en petite quantité, beaucoup d'indican, de l'urobiline, de l'acétone, etc...

Lorsque la convalescence survient, on assiste à une véritable *crise urinaire* au sujet de laquelle les rapporteurs ont bien fait d'insister.

La température est toujours très élevée, mais dans la convalescence, qui peut être longue, on observe parfois de l'hypothermie. Quant aux symptômes psychiques, la confusion mentale est de règle, parfois elle peut être marquée par l'agitation extrême et le délire que présentent les malades.

Ce délire a tous les caractères du délire onirique, de rêve. Il est fréquent de constater des idées fixes post-oniriques, à savoir qu'une idée délirante fixe persiste chez le malade, alors qu'il est revenu à la raison.

L'*amnesie* est un symptôme qui existe exceptionnellement dans les vésanies. Les maniaques, lorsqu'ils reviennent à eux, se rappellent de ce qu'ils ont fait quelquefois avec des détails remarquables. Or, dans le délire aigu, on observe une amnésie totale ou partielle, permanente, définitive, ou au contraire passagère : tantôt elle est rétrograde et porte sur l'accès qui vient de se passer, tantôt elle est antérograde.

En somme, la clinique nous permet bien d'affirmer que le délire aigu est un délire toxique.

Mais, il ne semble pas que le délire aigu soit, comme l'ont soutenu Bianchi et Piccinino, une infection bacillaire spéciale, soit même la manifestation psychopathique d'une intoxication ou d'une infection déterminée.

Cliniquement, il ne diffère pas, en effet, sauf par le degré d'intensité et d'acuité, des autres délires toxiques : anatomiquement, il offre les lésions de méningo-encéphalite, de dégénérescence des cellules nerveuses communes à la plupart des intoxications, bactériologiquement enfin, on y peut trouver non seulement le bacille de Bianchi et Piccinino, mais encore d'autres espèces microbiennes tels que le streptocoque, le staphylocoque, ou même encore, on peut n'y trouver aucun microorganisme.

Dans deux cas récents que j'ai pu observer, il a été trouvé, dans le premier (thèse Delmas) des streptocoques peu virulents qui disparurent au moment de l'amélioration ; dans le second, où l'expérimentation fut faite par mon ami le Dr Férié, des staphylocoques blancs sans autres espèces microbiennes. Mais, je n'ai jamais retrouvé le bacille de Bianchi et Piccinino. Le délire aigu nous apparaît donc comme un délire d'origine toxique susceptible de survenir, dans des conditions étiologiques favorables, dans la plupart des toxi-infections ; on peut, en effet, l'observer dans les exo-intoxications, telles que l'alcoolisme, dans les auto-intoxications telles que la coprostase et l'urémie, dans les infections et toxi-infections, telles que fièvre typhoïde, grippe, et aussi la rage, le paludisme, l'inanition, l'insolation, etc.., sans qu'il soit possible de lui reconnaître dans chaque cas des différences nosologiques appréciables. Je dois signaler spécialement le délire aigu qui, par le fait d'une toxi-infection, survient à titre de complication dans une vésanie préexistante. L'intérêt du fait réside non dans la physionomie du délire aigu, qui reste la même, mais dans son influence, tantôt aggravante, mais souvent aussi favorable, sur la vésanie alors même que celle-ci est ancienne et pour ainsi dire chronique.

Il y a là un exemple de l'action dérivative exercée par les processus infectieux sur un organisme malade, action qui est devenue le point de départ de la méthode de traitement de la folie par des infections provoquées, préconisées ces derniers temps en Allemagne par Wagner, von Jauregg, par Boeck, Ernst.

Au sujet du traitement du délire aigu, je dirai d'abord, afin de s'abstenir de placer dans les asiles des délires aigus masquant une fièvre typhoïde ou une pneumonie, qu'il faut savoir attendre et s'abstenir autant que possible de recourir à l'internement de ces malades, dont la place est dans les hôpitaux et non dans les asiles. On pourrait aussi, à côté des médications antiseptiques et reconstituantes, telles que les grandes injections de sérum artificiel, pratiquer, dans le traitement du délire aigu, la ponction lombaire qui permettrait de provoquer une décompression favorable des centres nerveux, en même temps qu'elle rendrait possible l'examen

cytologique du liquide céphalo-rachidien. Enfin, je suis heureux d'avoir vu Antonio Marro, en 1898, recommander le lavage de l'estomac, ce qui confirme l'excellence de cette méthode de traitement que j'ai préconisée dans la thérapeutique des maladies mentales et dont M. S. Maleit a montré, en 1882, l'efficacité dans un cas de délire aigu.

M. Briand constate le chemin parcouru depuis le jour où, la première fois, il a essayé de démontrer la nature toxi-infection du délire aigu. Les rapporteurs confirment pleinement ce qu'autrefois il n'avait émis qu'à titre d'hypothèse. Doit-on, pour cela, le considérer comme une affection spécifique déterminée par un microorganisme toujours identique à lui-même ? Il a pu voir le bacille que Bianchi et Piccinino avaient trouvé dans cette affection et lui-même a pu isoler un bacille très analogue au leur, il n'en conclut pas moins que des microbes et des intoxications diverses peuvent le produire.

M. Briand s'efforce de dégager ce qu'on doit entendre par délire aigu vrai, affection rare, de certains cas de manie compliquée de fièvre. Il trace un tableau clinique de chacune de ces affections et les oppose l'une à l'autre.

Le délire aigu débute par une période de dépression avec céphalalgie, état saburral des voies digestives et d'angoisse particulière. Plus tard, apparaît l'agitation qui est extrême et se caractérise par des hallucinations, une hyperesthésie sensorielle généralisée, des frayeurs, et un éréthisme suraigu indiquant la souffrance du malade. L'incohérence, la confusion mentale sont complètes, en raison de la multiplicité des hallucinations ; la température s'élève, la sécrétion urinaire diminue, l'adynamie se montre malgré l'agitation violente : puis survient le collapsus,le coma et la mort. La nature toxi-infectieuse du délire aigu n'est pas douteuse, mais divers agents infectieux peuvent le déterminer.

En ce qui concerne la place que doit occuper le délire aigu dans le cadre nosologique des maladies mentales, plusieurs opinions sont en présence.

Mais tout le monde est d'accord en France et à l'étranger, c'est que l'on doit rapporter aux auteurs français les premières descriptions du délire aigu et la conception de sa nature toxi-infectieuse.

Délire aigu à début paranoïaque.

M. Roubinovitch (Paris). — Au point de vue de l'évolution clinique, il est intéressant de signaler la possibilité assez rare de voir *débuter le délire aigu par une phase à forme paranoïaque.*

J'ai eu l'occasion d'observer, en 1898, une jeune femme de trente-deux ans atteinte, pendant l'allaitement, de septicémie consécutive à un gros abcès du sein. Les troubles mentaux initiaux ont consisté, après une insomnie de plusieurs nuits, en un délire à apparence systématisée. La malade se croyait poursuivie pour ses opinions politiques et religieuses : elle avait des illusions et des hallucinations visuelles, auditives et tactiles qui se rattachaient nettement à ce délire de persécution, auquel sont venues se joindre des idées de grandeur : on la poursuivait parce qu'elle était riche, parce qu'elle portait un nom célèbre. Pendant trois jours on crut assister à une de ces bouffées délirantes d'emblée, à apparence systématique, qui ont été décrites chez des déséquilibrés, en France par Magnan et ses élèves, en Allemagne par un grand nombre d'auteurs, sous le nom de paranoïa aiguë. Mais, au bout du troisième jour, le délire aigu prit sa forme ordinaire de confusion, et six jours après la malade mourut. Tous les autres symptômes psychiques et physiques étaient ceux indiqués par les honorables rapporteurs.

Il semble donc que le délire aigu peut débuter parfois par un syndrome d'aspect systématisé de courte durée. Dans le cas particulier, il s'agissait d'une femme à tares arthritiques. Elle était obèse. De plus, à l'âge de dix-sept ans, à l'occasion de la menstruation, la malade avait déjà présenté un accès de troubles psychiques d'une durée de trois semaines, caractérisé par une exaltation maniaque avec préoccupations mystiques et métaphysiques, suivie d'une phase dépressive avec abattement.

Le terrain était donc préparé par l'arthritisme et l'affection psychique antérieure. Peut-être ces antécédents expliquent-ils, jusqu'à un certain point, la raison de l'apparition du délire systématisé comme prélude au délire aigu.

M. Marchand. — On ne trouve dans les observations du délire aigu aucun symptôme constant. L'agitation, la dépression, les hallucinations, l'hyperesthésie sensorielle, la fièvre sont dissemblables.

L'évolution, la pathogénie, l'étiologie, sont également différentes suivant les cas.

En outre, les délires décrits dans les maladies toxi-infectieuses, dans la pneumonie, dans les fièvres éruptives, le rhumatisme articulaire aigu, la granulie, dans les septicémies ressemblent aux divers tableaux que l'on a donnés sous le nom de délire aigu.

Si on considère maintenant les lésions que l'on rencontre dans le système nerveux des malades morts de délire aigu, on est encore frappé de la ressemblance des lésions.

A ce sujet, l'auteur présente des coupes provenant du système nerveux d'une malade morte de broncho-pneumonie avec délire. On ne peut pas trouver dans l'examen des coupes de caractères différentiels entre les lésions du système nerveux d'un malade mort à la suite d'un délire apparu dans le cours d'une maladie aiguë toxi-infectieuse et celle du système nerveux d'un sujet mort de délire aigu proprement dit.

M. Crocq. — Le délire aigu est très variable, non seulement dans ses manifestations symptomatiques, mais aussi dans ses lésions anatomiques.

On peut à la fois rencontrer des lésions inflammatoires et des lésions toxiques ou seulement une seule variété de ces lésions.

Il est vrai, comme il a pu l'observer dans les myélites, que les lésions toxiques peuvent se transformer en lésions inflammatoires. Il insiste sur ce fait que l'on peut voir de graves lésions cellulaires et analogues à celles signalées dans le rapport de M. Carrier, sans que, cliniquement, il y ait eu de phénomènes délirants, de même que l'on a pu voir cliniquement des délires sans pouvoir constater aucune lésion des cellules nerveuses.

M. Briand. — M. Roubinowitch a insisté avec raison sur la prédisposition névropathique que l'on rencontre chez les sujets atteints de délire aigu. Cette prédisposition dans le cas de délire aigu est d'après lui actionnée surtout par le surmenage, la vie agitée, etc........... Quant à la diversité des symptômes signalés per M. Marchand, je répondrai qu'elle est plus apparente que réelle. De plus, il est évident que souvent on a pris pour des délires aigus des cas qui n'étaient pas justiciables de ce diagnostic.

M. Gilbert Ballet. Il faut, en effet, bien préciser ce que l'on entend cliniquement par délire aigu, et ne pas le confondre avec les délires toxiques, toxi-infectieux, ou septicémiques qui s'en rapprochent beaucoup.

Je ne peux croire que M. Crocq a voulu opposer les lésions inflammatoires, aux lésions toxiques dans le délire aigu, car qu'il survienne ou non une poussée inflammatoire, c'est toujours de l'infection. Evidemment, il peut y avoir beaucoup de délire et peu de lésions de chromatolyse cellulaire, et inversement des lésions et peu de délire. On peut avoir un délire intense sans lésions chromatolytiques, mais à condition que ce délire soit transitoire. Il ne peut croire qu'avec des lésions très marquées des cellules très nerveuses, on ne puisse constater cliniquement aucun trouble nerveux.

M. Faure. — Comme l'a fort bien mis en relief M. Carrier dans son rapport, la cellule nerveuse est lésée primitivement dans le délire aigu par le processus toxique, mais il s'étonne de la fréquence avec laquelle on a pu trouver, et si facilement, des bacilles dans le sang, l'écorce cérébrale, le liquide céphalo-rachidien des délirants aigus. Dans différentes infections, il a recherché les microbes dans le cerveau, et sur près de 200 observations, il n'a jamais pu en trouver. Les seuls microbes qu'il a trouvés étaient dus à la putréfaction.

M. Crocq répond à M. Ballet qu'il n'a pas voulu opposer les lésions d'inflammation à celles d'infection.

M. Arnaud insiste sur la physionomie douloureuse et souffrante que présentent les délirants aigus.

Elle a une grande importance pour le diagnostic et on la trouve non seulement dans la période prémonitoire, mais aussi dans la période d'état.

On dirait des maniaques par leur extrême agitation, et cependant leurs paroles, le sens des idées que l'on peut surprendre, les feraient prendre pour des mélancoliques.

Ils peuvent du reste avoir des idées de suicide.

M. le Pr Brissaud, qui présidait cette séance, résume très heureusement la discussion et la séance est levée.

H. Carrier.

Séance du vendredi matin 2 août, à Saint-Priest-Taurion.

Présidence de M. G. Ballet.

Des hémorrhagies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates des extatiques.

M. Bourneville. — Quelques auteurs ont signalé des hémorrhagies de la peau suivant immédiatement l'accès épileptique. Tels sont Herpin, Kaposi, Apert, Gowers, etc. Elles consistent en un pointillé hémorrhagique, confluent, semblable à des piqûres de puce et constituant une variété de purpura. Bien que nous ayons vu un grand nombre d'épileptiques, hommes et femmes, adultes et enfants, nous n'avons que par exception observé cette complication de l'accès.

Dans un seul cas, celui de Van den P... l'éruption était généralisée. Les photographies que nous vous présentons en donnent une idée, mais non la représentation exacte. Le 14 août 1897, il a un accès d'intensité moyenne, à la suite duquel il se produit rapidement une éruption composée de petites taches occupant la face, le tronc et les membres. L'étendue des téguments occupée par elles paraît au moins égale à l'étendue de la peau restée normale. Les plus grandes taches ont à peine les dimensions d'une petite lentille. Elles ont une coloration rouge, pourprée, ne disparaissent pas par la pression. Leur maximum de confluence est au niveau des chevilles et des poignets. Il existe un léger œdème des paupières et des malléoles. Il ne s'est produit aucune hémorrhagie des muqueuses. Le 17 août, l'éruption est très atténuée : le pointillé et les taches sont jaunâtres, l'œdème a disparu. Elle s'efface complètement au bout de deux ou trois jours. Il n'y a eu aucun symptôme général, les urines ne contenaient ni sucre ni albumine.

Le plus souvent l'éruption est localisée au front, aux paupières, à la partie voisine des tempes, au cou, d'une apophyse mastoïde à l'autre : elle s'étend parfois un peu au-dessus et au-dessous des clavicules. L'éruption a cessé en quelques jours, 10 ou 12 maximum. Les accès auxquels elle a succédé n'ont point paru plus violents que d'ordinaire. Les accès survenus pendant l'éruption ne semblent pas la modifier. Le père de l'une de nos malades, Cast..... nous a affirmé avoir eu à 17 ou 18 ans un purpura tout à fait comparable, comme aspect, siège et marche, à celui de sa fille, consécutivement à une violente colère (*purpura émotif*.)

Nous rapprocherons de ces cas les *hémorragies de la conjonctive oculaire* formant de véritables ecchymoses, siégeant soit dans l'angle interne ou dans l'angle externe des yeux. Celles-ci, au contraire des précédentes, c'est-à-dire du *purpura*, sont assez communes et peuvent faire penser aux personnes non prévenues que dans l'accès il y a eu un traumatisme grave de la base du crâne.

Chez une jeune épileptique, Gir.... atteinte d'une kérato-conjonctivite aiguë, nous avons remarqué que, dans les accès survenus au cours de l'affection oculaire, la vascularisation de la conjonctive oculaire augmentait considérablement, au point de faire craindre un épanchement sanguin, avec ecchymose.

Les épileptiques qui tombent en avant se blessent le visage : contusions avec ou sans plaie, éraflures, excoriations : il y a intérêt à noter ce qui se passe, durant des accès ultérieurs, au niveau des plaies superficielles.

Un de nos malades, Ennemond X... appartient à cette catégorie. Le 16 juillet, il se fait une éraflure du nez. Le 16, dans un accès très léger, à la période congestive, le sang a coulé de l'éraflure, formant une sorte de traînée le long du nez. Chez le même malade, auparavant, dans un grand accès, ce n'est pas quelques gouttes de sang que nous avons vu sous l'influence de la congestion de la face ; le sang a giclé d'une excoriation antérieure.

Ces faits nous ont fait penser aux phénomènes qui se produisent chez certaines mystiques, les *stigmatisées*. Leur esprit est absolument concentré sur le siège des plaies du Christ : front, mains, pieds, côté. Elles voudraient les voir saigner. D'où aussi, volontairement ou non, des attouchements, des frictions au niveau de ces régions, voire même des excoriations, en tout cas une diminution de la résistance de la peau et finalement, au cours de l'*attaque extatique*, l'écoulement sanguin si ardemment désiré. Il s'opère de la même façon que l'épanchement de sang sous la conjonctive, que le suintement ou le giclage du sang d'une éraflure ou d'une excoriation au cours des *accès épileptiques*.

M. Crocq (de Bruxelles), a pu observer un malade analogue aux cas signalés par M. Bourneville.

Il s'agit d'un épileptique, qui après les crises présentait des taches purpuriques sur le front, et qui en outre a présenté des hématuries qui firent penser à une tumeur de la vessie. Ces hémorrhagies post-critiques disparurent après l'administration de perchlorure de fer.

M. Doutrebente (de Blois) demande à M. Bourneville si ses malades n'étaient pas hémophiles. Pour sa part, il a pu observer des hémorrhagies diverses après les crises épileptiques, mais chez des sujets hémophiles.

M. Bourneville. — Les épileptiques chez lesquels il a pu observer les faits signalés n'étaient non seulement pas hémophiles, mais jouissaient d'un état général parfait.

De plus, le purpura qu'ils ont présenté, n'était pas un purpura ordinaire.

Gymnastique en miroir.

M. Meige (de Paris). — Lorsque l'on écrit des deux mains en même temps en faisant abstraction de l'image visuelle du mot que l'on veut écrire, chacun écrit spontanément de la main gauche en écriture en miroir. Si l'on écrit de la main gauche seule, les caractères de l'écriture droite reviennent souvent au milieu de ceux qui constituent l'écriture en miroir. Cette écriture en miroir de la main gauche est pour ainsi dire physiologique, et en s'exerçant un peu on arrive facilement à écrire couramment.

L'éducation du centre pour l'écriture droite fait en même temps celle de l'autre côté pour l'écriture en miroir.

L'auteur conclut de ces faits à l'application pratique suivante. Les individus privés accidentellement, à la suite d'une fracture du bras droit, par exemple, de leur écriture normale pourraient employer l'écriture en miroir qu'ils possèdent de leur main gauche et après un court exercice, arriveraient aussi à écrire facilement.

M. Gilbert-Ballet confirme les conclusions de M. Meige. Il insiste sur ce fait que les individus qui écrivent en copiant les images visuelles arrivent très difficilement à écrire de leur main gauche en écriture en miroir, et ils arriveraient assez facilement à écrire de leur main gauche en écriture droite normale.

M. Meige reconnaît, en effet, que pour écrire de la main gauche en miroir, il est indispensable de faire abstraction des images visuelles, il ne faut pouvoir ne pas copier le mot ou les lettres. Il fait remarquer en outre, que lorsque l'on écrit des deux mains, alors l'écriture de la main gauche est en miroir, le caractère typographique de l'écriture ordinaire de la main droite change complètement.

Psychose post-opératoire.

M. Devay (de Lyon). — La question des rapports entre l'acte opératoire et le développement des troubles psychiques a été discutée au Congrès d'Angers, après un rapport de M. Rayneau, qui n'admet pas l'existence d'un type spécial que l'on puisse étiqueter de psychose post-opératoire. Contrai-

rement à cette opinion admise par la plupart des aliénistes M. Régis, en se basant sur des observations personnelles, décrit un type clinique qui est le suivant : un fond de confusion mentale sur lequel se greffe un état délirant onirique constitué par des associations automatiques et hallucinations d'images et de souvenirs antérieurs. L'observation que je rapporte rentre dans ce cadre clinique.

V.., 24 ans, cultivateur, ne présente dans ses antécédents héréditaires ou personnels aucune affection nerveuse ou mentale, ni syphilis, ni alcoolisme. Porteur d'un kyste dermoïde du sourcil, il demande à en être débarrassé.

Il est chloroformisé le 14 septembre. La dissection du kyste, très adhérent à l'os, a été laborieuse, et l'opération a duré une vingtaine de minutes environ. Au réveil chloroformique, l'opéré a pleuré longuement. Questionné sur le motif de ses pleurs, il répondit qu'il n'avait rien. Cette particularité fixa l'attention du chirurgien. La réunion par première intention fut tentée sans succès, il y eut un léger mouvement fébrile. A partir du 22 septembre, le malade fut pris de nostalgie, manifestant le désir de quitter l'hôpital. Son état mental alla en s'aggravant jusqu'au 29 septembre ; il était caractérisé par des idées mélancoliques, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et des impulsions homicides. L'état délirant apparaissait surtout la nuit. Rentré dans sa famille, il manifeste des idées de persécution. Il est interné 8 jours après sa sortie de l'hôpital. Depuis son entrée, il a présenté un état mental caractérisé par de la confusion mentale, des idées de persécution, des alternatives de calme et d'excitation, et des accès impulsifs. En somme, je note immédiatement après l'opération un trouble mental passager, puis, le 8e jour, un véritable accès mélancolique, suivi quelques jours après d'un état hallucinatoire, nocturne surtout. La psychose est établie 15 jours après l'opération.

M. Régis fait remarquer que depuis le rapport de M. Raynaud au Congrès de Toulouse, il a observé de nouveaux cas de psychoses post-opératoires qui rentrent absolument dans le cadre des délires toxiques.

Il a expliqué par cette pathogénie le délire qui suit très fréquemment l'opération de la cataracte chez les vieillards artério-scléreux qui, plus que tout autre, sont exposés à l'auto-intoxication.

Séance de vendredi (soir). *2 août à Saint-Priest-Taurion.*

Présidence de M. Gilbert Ballet.

Tumeur cérébelleuse et épilepsie.

M. L. Marchand. — Les cas de tumeurs du cervelet non diagnostiquées sont rares : cependant l'observation suivante est intéressante par ce fait que, malgré la grosseur de la tumeur et sa situation bulboprotubérantielle, le seul symptôme relevé était la présence de crises revêtant les caractères des accès épileptiques. Il s'agit d'un homme, sans antécédents héréditaires et personnels, qui a une première crise d'épilepsie à l'âge de 30 ans. Pendant plusieurs années, les accès sont très rares. Il meurt à l'âge de 38 ans, après avoir présenté une série d'accès convulsifs suivis de délire violent. A l'autopsie, on trouve une tumeur cérébelleuse, de la grosseur d'une noix développée au niveau du lobule du pneumo-gastrique et qui comprime le bulbe et la protubérance. L'examen histologique montre qu'on est en présence d'un sarcome à petites cellules fusiformes, et qu'il ne contient que des traces de glycogène. La glycogenèse étant une des fonctions les plus constantes des cellules en voie de multiplication, on peut en conclure que le néoplasme a dû croître lentement et mettre de nombreuses années pour atteindre son volume.

Ceci s'accorde avec ce fait que l'épilepsie n'a eu lieu que huit ans avant la mort et explique pourquoi les nerfs voisins de la tumeur ont pu être repoussés lentement par elle sans donner lieu au syndrome décrit dernièrement par M. Babinski.

Deux cas de torticolis mental chez des aliénés ; observations relatives au traitement de cette affection.

M. Etienne Martin (de Lyon). — Le premier cas est relatif à un dégénéré atteint de délire mélancolique avec idées hypochondriaques. Trois mois après le début de son affection, et sous l'influence de ses idées délirantes, le malade fut pris de contracture avec spasmes des muscles du cou. La tête était abaissée, portée sur l'épaule gauche, et lorsqu'on lui adressait la parole, à l'aide de la main, il pouvait remettre sa tête en position normale. Dès que celle-ci était privée du secours illusoire de cette main, elle retombait dans l'attitude première. La psychose évoluait ainsi depuis un an et demi. Le traitement opiacé et l'hydrothérapie n'avaient fourni aucun résultat. Les phénomènes de contracture légère s'étaient développés au niveau des membres. A ce moment le traitement indiqué par M. le professeur Brissaud pour le torticolis mental est institué. Le malade est soumis à des séances de gymnastique, de massage et d'électricité, à la rééducation du système musculaire par la suggestion à l'aide du mouvement. On constata d'abord une amélioration très rapide des symptômes somatiques énumérés. l'état psychique ne tarda pas à être modifié.

Néanmoins, il a fallu prolonger pendant plus d'un an le traitement pour arriver à une guérison qui, depuis 4 mois nous paraît définitive. M. Martin fait remarquer que dans les observations de torticolis mental publiées jusqu'à présent, l'état mental, ne paraît pas aussi modifié et aussi profondément atteint que dans le cas qu'il vient de présenter. Il s'agit de dégénérés dont le déséquilibre n'est que peu apparent et dont l'affection semble en entier constituée par le torticolis dont ils sont porteurs. Chez ces malades, la suggestion par le mouvement est beaucoup plus facile à entreprendre que chez des délirants absorbés par leur délire. Une autre difficulté se présente lorsque l'état d'affaiblissement du sujet est tel qu'il est impossible de capter sa confiance et d'agir sur sa volonté. L'autre malade observé par M. Martin est dans ce cas. Il s'agit d'un dégénéré interné depuis plusieurs années et atteint d'imbécillité. Toute tentative de rééducation musculaire a dû être abandonnée dans ce dernier cas.

En somme, le traitement du torticolis mental par l'éducation des mouvements n'est pas applicable dans tous les cas et on aura d'autant plus de chance de réussir que l'affection physique dépendra d'un état mental moins atteint. La prolongation du traitement médical doit être en tous cas poursuivie avec la plus grande patience. Toute intervention chirurgicale doit être rejetée, quelle que soit l'intensité du spasme, comme absolument inutile.

M. Meige est très heureux de voir M. Martin confirmer les idées de son maître, M. le professeur Brissaud, reprises par lui dans plusieurs travaux, en collaboration avec M. Feindel. Le torticolis mental est en effet curable dans la grande majorité des cas et les insuccès sont souvent dus à la trop courte durée du traitement. C'est une affection qui n'apparaît que chez des dégénérés, tant au point de vue physique que mental, qui ne présentent pas de graves troubles mentaux mais qui cependant frisent la vésanie. Chez le malade présenté par M. Martin, les contractures siégeant au niveau du tronc et des membres inférieurs sont des contractures d'attitude que M. Meige n'hésite pas à assimiler aux tics. Le torticolis mental ne serait qu'une variété de cette affection et l'état mental des malades atteints de torticolis mentaux rentre dans l'étude de l'état mental des tiqueurs. Comme l'a dit M. Martin, il est bon de rappeler que le traitement de ces malades doit être prolongé pendant longtemps avant d'obtenir un succès.

M. Brissaud fait remarquer que non seulement dans le torticolis mental, mais que dans beaucoup d'affections du système nerveux, l'influence de la gymnastique et de la rééducation des mouvements amène dans l'état mental des modifications salutaires. Il a toujours constaté que l'amélioration physique précédait l'amélioration des symptômes mentaux.

M. Briand rappelle un cas de torticolis mental ayant récidivé à plusieurs reprises et guéri actuellement. Il rapporte un autre cas de torticolis mental chez une jeune fille non hystérique qui fut aussi très bien guéri, mais qui fut remplacé par un tic de l'épaule qu'on n'a pu encore faire disparaître.

Le torticolis mental est donc curable, mais sujet à récidives et de plus ne constitue qu'une modalité de la maladie des tics, comme l'a dit M. Meige.

M. Lannois (de Lyon) rapporte un cas de torticolis mental chez une jeune fille et dont la cause déterminante était un papillome situé sur le bout du nez et qui fut guéri de son torticolis après l'ablation de la petite tumeur.

M. Meige. — C'est en effet souvent une cause de ce genre qui détermine le torticolis mental, aussi bien que les tics. Comme l'a dit M. Briand, il est fréquent de voir récidiver le torticolis mental. Mais ces récidives sont de courte durée et facilement curables par la même suggestion. De plus le torticolis mental s'accompagne parfois de tics de l'épaule et du bras qui sont moins facilement curables que le torticolis.

M. Martin ajoute que son malade présentait en même temps que son torticolis un tic de la face, qu'il a présenté aussi plusieurs récidives de son torticolis qui ont été de courte durée et que, comme le dit M. le professeur Brissaud, il a bien pu remarquer que l'amélioration de l'état mental a été précédée de l'amélioration de l'état physique.

M. Briand met en relief le caractère des troubles psychiques des malades atteints de torticolis mental.

M. Meige insiste sur les troubles mentaux chez les dégénérés atteints de torticolis mental.

Il assimile cet état psychique à l'état mental des tiqueurs. Tous ces malades ont une instabilité psychique remarquable, une versalité extrême dans les idées, en même temps qu'ils offrent un certain degré d'incohérence dans leurs actes. C'est sur cet état mental bien particulier que viennent se greffer des délires quels qu'ils soient, mais ce sont très souvent des dégénérés supérieurs.

M. Dupré rappelle que c'est à M. Magnan que l'on doit la description de l'état mental particulier des dégénérés.

Paralysie générale juvénile.

M. Devay. — La paralysie générale survenant chez les jeunes sujets longtemps méconnue, n'est plus contestée. Depuis la première observation de M. Régis, une centaine de cas ont été publiés. J'apporte deux cas nouveaux, dont voici le résumé :

Obs. I.— P..., 19 ans, manœuvre, entre le 30 décembre 1897. Dans les antécédents héréditaires il faut citer l'alcoolisme et la syphilis du père. Pneumonie à 5 ans. Développement normal jusqu'à 17 ans. A 17 ans, première manifestation de l'affection, qui est méconnue ; il commet des vols sans importance, dont il ne tirait aucun bénéfice. Il est condamné à la prison. La même année, en 1895, il est mordu par un chien enragé et envoyé à l'Institut Pasteur, où il subit pendant 20 jours les injections de sérum. Un mois après la cessation du traitement, il accuse des douleurs intestinales et de la faiblesse dans les jambes. l'intelligence subit une baisse progressive. D'ouvrier intelligent, il devient un manœuvre.

En décembre 1897 il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Lépine, qui l'envoie à l'Asile avec le diagnostic de paralysie générale.

A l'entrée, état mental. — On constate des lacunes dans la mémoire surtout des faits récents, une diminution marquée de l'intelligence, et du délire de persécution intermittent, il croit qu'on le vole. *Etat physique.*— Tremblement fébrillaire des lèvres, des muscles de la face, de la langue, des extrémités digitales. Inégalité pupillaire, à droite en mydriase et difforme, ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation. Parole ânonnée. Ecriture tremblée. Faiblesse dans les jambes. Marche difficile. Réflexes rotuliens exagérés. Quelques secousses de trépidation épileptoïde. Pas d'atrophie musculaire. Diminution de la force musculaire. Depuis cette époque aucune modification ne s'est produite. Alternatives de calme et de dépression et quelquefois bouffées délirantes et idées de persécution. C'est un dément qui s'occupe le plus souvent, mais à un travail toujours le même.

Obs. II. — B., 20 ans, célibataire, sans profession. Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — A 3 ans, lésion tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne qui dure 3 ans — et qui laisse de l'atrophie du membre gauche —Éducation facile — bonne mémoire. A 14 ans, tuberculose pulmonaire avec hémoptysie. A 15 ans, en même temps que le début de l'amélioration de la phtisie, apparition de troubles de l'intelligence. Diminution de l'attention, accès de colère sans cause, idées mégalomaniaques, veut réussir dans le dessin et n'arrive déjà pas à faire une ligne droite. Les phénomènes intellectuels se sont aggravés depuis cette époque. A 20 ans, à son entrée, voici l'état physique et mental : Tremblement fibrillaire de la langue, des lèvres, des extrémités digitales. Parole lente, ânonnée. Inégalité pupillaire. Troubles de l'écriture. Léger nystagmus, exagération des réflexes rotuliens. Affaiblissement intellectuel, trouble de la mémoire, délire de satisfaction. Accès impulsifs fréquents : crises de larmes ou de gémissements. Mort à la suite d'une poussée aiguë de tuberculose.

Ces deux observations, différentes par leur étiologie, dans l'une, la syphilis héréditaire doit être mise en cause : dans l'autre l'infection tuberculeuse, agent causal exceptionnel dans la paralysie générale. Elles se rapprochent l'une de l'autre par la forme démentielle habituellement notée dans la paralysie générale juvénile.

M. Régis. — La paralysie générale juvénile, quoique rare, est plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois.

Il insiste sur ce que ces malades ne présentent pas de délire, mais le plus souvent s'effondrent lentement dans une démence tranquille. Il fait remarquer à M. Devay que certains de ces malades sont un peu trop âgés pour être des P. G. juvéniles et que l'on devrait n'employer ce terme que pour les paralytiques âgés de moins de 20 ans. D'autre part la P. G. juvénile est bien plutôt le résultat de la syphilis héréditaire que de la syphilis acquise.

M. Marchand insiste sur ce fait que la forme démente d'emblée est de beaucoup la plus fréquente dans la P. G. juvénile.

M. Devay a signalé ces cas surtout parce que ses malades, ayant contracté la syphilis étant jeunes, sont devenus de très bonne heure après leur infection syphilitique des paralytiques généraux.

MM. Ballet et Brissaud sont persuadés en effet que la paralysie générale, les affections parasyphilitiques de même que les manifestations syphilitiques tertiaires semblent avoir une tendance à apparaître plus tôt qu'autrefois à la suite de l'infection syphilitique.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal, hypnotique du groupe des uréthanes.

MM. Roubinovitch et Philippet (Paris). — D'une part, des expériences faites au laboratoire de pathologie expérimentale du professeur Chantemesse, à la Faculté de médecine de Paris, et, d'autre part, des recherches cliniques poursuivies dans le service du Dr Landrieux, à Lariboisière, nous ont amenés aux constatations suivantes :

1° *En ce qui concerne son action physiologique* : *a*) L'hédonal détermine, aussitôt après l'absorption, une hyperthermie de deux à cinq dixièmes de degré ; puis, après une période stationnaire, il produit, au contraire, une hypothermie de deux à trois dixièmes de degré, toujours par rapport à la température primitive. Nous croyons que ce fait n'a pas été signalé jusqu'à présent. Il mérite d'autant plus d'attirer l'attention que l'hydrate de chloral, auquel on le compare, abaisse toujours la température, soit immédiatement après l'absorption, soit au réveil.

b) L'hédonal a, relativement au chloral, très peu d'action sur la respiration et la pression sanguine : pour ralentir la première et diminuer la seconde, il faut employer des doses environ dix fois plus fortes du nouvel hypnotique que si on se servait du chloral.

c) La toxicité mortelle de l'hédonal semble être de 1 gramme par kilogramme d'animal : mais il faut tenir grand compte du mode d'introduction du médicament dans l'organisme ; c'est ainsi que nous avons pu, sans déterminer la mort, faire à un chien de 9 kilogs une injection intra-musculaire de 2 gr. 66 par kilogr., soit 24 gr. d'hédonal en solution huileuse.

d) L'hédonal augmente le taux de l'urée.

2° *En ce qui concerne son action hypnotique.* *a*) L'hédonal, quand il endort, le fait assez rapidement, en moyenne une heure et demie ou deux heures après l'absorption, sans phase préalable d'agitation. Le sommeil produit est calme ; il n'est pas de très longue durée, au maximum quatre heures, du moins à la dose de un ou deux grammes ; le réveil ne s'accompagne d'aucun malaise.

b) L'action de l'hédonal est plus sûre contre l'insomnie des affections dans lesquelles n'entre pas d'éléments mentaux : ainsi, un rhumatisant aigu, un tuberculeux, un choréique, un tabétique, ont profité de l'action hypnotique de ce médicament, tandis que de tous les aliénés soumis à son action (délirant chronique, hypochondriaque, mélancolique, circulaire) un seul (persécuté hystérique) a eu, grâce à l'hédonal, quelques nuits de sommeil.

En somme, nous avons dans l'hédonal un hypnotique inoffensif. A dose égale, il paraît moins actif que le chloral et le sulfonal. Mais, à cause même de sa très faible toxicité, la comparaison ne devrait pas se faire à dose égale, et des expériences ultérieures plus hardies donneraient, sans doute des résultats plus probants.

REVUE ANALYTIQUE

DES TRAVAUX RÉCENTS SUR LES MALADIES DU PREMIER AGE

Par le Dr **Henri de ROTHSCHILD**.

(*Suite et fin*).

V

La question de l'influence de l'altitude sur la santé des enfants du premier âge est encore peu étudiée ; il y a peu de documents ou de statistiques à cet égard. — Les recherches faites par Jacowski dans la circonscription de la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne), basées sur l'observation des nourrissons durant un laps de temps s'étendant de 1884 à 1898, ont fait ressortir que les enfants bien portants, élevés au sein, présentaient une augmentation de poids bien plus élevée dans les vallées que sur les plateaux. Cette proposition reste exacte chez les enfants soumis à l'alimentation mixte, élevés au biberon, ou pendant le sevrage, quel que soit d'ailleurs l'âge des nourrissons observés.

D'autre part, cette différence au détriment du climat des hauteurs ne se maintient pas pendant les mois d'été, période pendant laquelle, de juin à octobre, la mortalité est bien plus considérable dans les vallées, où les affections gastro-intestinales exercent alors plus de ravages. La morbidité estivale intéresse bien moins les enfants élevés au sein que ceux nourris au biberon, chez lesquels la diarrhée résulte le plus souvent de la suralimentation et des mauvaises conditions hygiéniques. Les cas les plus graves s'observent dans les vallées, au moment des fortes chaleurs, alors que sur les plateaux l'aération est meilleure.

En conséquence, il devrait y avoir pour les nourrissons, surtout pour ceux qui sont élevés au biberon, un séjour d'été sur les hauteurs pendant les mois de juin, juillet, août et septembre. Pour les autres mois de l'année, d'octobre à juin, l'habitation dans les vallées paraît bien préférable : la température y est plus douce que sur les plateaux et les transitions y sont bien moins brusques.

VI

Thiollier établit l'âge normal de la marche vers l'âge de 12 mois. Un enfant qui ne marche pas à deux ans au plus tard doit être tenu pour suspect ; son état peut être l'indice d'un état pathologique. Beaucoup d'enfants, d'après les statistiques hospitalières et les documents recueillis à domicile, ne commencent à marcher que tardivement : et la variété des facteurs étiologiques capables de retarder la marche est assez grande.

Si ce retard n'est pas considérable, la cause en sera le plus souvent dans un trouble de la nutrition. Parmi les affections qui peuvent retentir sur l'appareil locomoteur, on observe l'atrophie infantile, le rachitisme, l'hérédo-syphilis, la faiblesse congénitale (prématurés, jumeaux), l'obésité, le myxœdème, etc. Au nombre des altérations de l'appareil locomoteur lui-même, nous relevons des affections congénitales (malformations des membres, monstruosités, hypertrophie, atrophie, luxations congénitales, pied-bot) et les affections acquises soit aiguës (traumatiques ou inflammatoires), soit chroniques (tuberculose des os, des articulations : ostéomyélites prolongées). Il faut y ajouter certaines affections du système nerveux, telles que malformations congénitales (spina-bifida, encéphalocèle, hydrocéphale, idiotie), paralysies datant de la naissance (maladie de Little, états spasmodiques, hémiplégies, paralysies obstétricales, etc.), ou de la première enfance (paralysie infantile, polynévrites, lésions cérébrales et méningées, hystérie, lésions médullaires, amyotrophies progressives, etc.).

Ce retard dans la marche peut être observé chez des enfants ayant *à priori* une apparence normale, et chez lesquels on devra rechercher s'il n'est pas sous la dépendance d'un état morbide. Le plus souvent, la grande cause de ce retard est un état asthénique ou de faiblesse générale de l'organisme, qui est la conséquence de conditions déplorables d'hygiène et surtout d'alimentation et qui ne peut être corrigé que par une alimentation bien dirigée, de l'air et de la lumière.

VII

La maladie de Barlow est une affection des jeunes enfants, particulièrement à l'âge de 5 à 12 mois. Relativement assez fréquente en Angleterre et aux Etats-Unis, elle est bien plus rare en France, où l'on n'en a publié qu'un très petit nombre d'observations. L'étude clinique et pathogénique, l'anatomie pathologique de ce syndrome, décrit en 1883, par Barlow, permettent de penser qu'il constitue une exagération du processus congestif rachitique avec tendances hémorragiques : on l'a toujours observé chez des malades atteints de rachitisme avéré ou latent. On trouve à l'autopsie des déformations caractéristiques de la zone d'ossification et des hémorragies sous-périostées, au niveau des os longs du membre inférieur.

Cette affection ne semble pas revêtir de forme clinique spéciale. L'enfant pâlit, maigrit, devient anémique. Dès qu'on essaye de le prendre, il pleure et crie. Il reste immobile dans son berceau ; la douleur lui fait craindre tout déplacement. Les mouvements des membres inférieurs, sur lesquels on observe du gonflement et de l'œdème exagèrent vivement la sensibilité douloureuse. A noter parfois de l'exophtalmie, des taches purpuriques et des pétéchies sur la peau, des hémorragies par la bouche et le nez, une déformation thoracique pouvant occasionner de la dyspnée. La mort peut survenir par suite d'une complication pulmonaire ou être la conséquence directe d'hémorragies sous-dure-mériennes ou viscérales.

La maladie de Barlow est le résultat d'une alimentation défectueuse, qu'il y ait suralimentation ou alimentation mal réglée, ou qu'il y ait usage de laits modifiés, surtout de lait maternisé (7 fois sur 11 cas), ou de spécialités alimentaires. On surveillera donc l'alimentation des nourrissons, et on s'efforcera de prévenir les troubles gastro-intestinaux ; c'est là le traitement prophylactique du rachitisme. La maladie de Barlow, même avancée, est curable : sous l'influence d'un régime alimentaire bien conduit et d'un traitement rationnel, les symptômes alarmants disparaîtront assez rapidement. Enfin, les antiscorbutiques ne peuvent constituer une médication spécifique et ne seront donnés qu'à titre d'adjuvants.

VIII

O. Kneise rapporte, dans sa thèse, les résultats qu'il a obtenus dans deux séries de recherches, dont l'une avait pour but d'établir si réellement, comme le prétendent certains auteurs, la cavité buccale du nouveau-né est stérile au moment de la naissance, et l'autre, si, en cas de réponse né-

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical

LANDOUZY (L.). **De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6e et 11e paires, leur valeur en séméiotique encéphalique, leur importance au point de vue anatomique et physiologique : A propos d'une observation d'hémiplégie débutant par les yeux et la tête** (Déviation et rotation conjuguées convulsives). Un volume in-8 avec une planche. — Prix : 2 fr 50. — Pour nos abonnés. .... 1 fr. 75.

LANDOUZY (L.). **Trois observations de rage humaine.** Réflexions. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés 35 c.

LANNOIS (M.) et LEMOINE (G.). **Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons** (contribution à l'étude des troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës). Broch. in 8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés............... 35 c.

LAVERAN (A.). **Un cas de myélite aiguë.** 1876. In-8 de 14 p. 30 c.

LEGRAIN (M.). **Note sur un cas d'inversion du sens génital avec épilepsie.** Broch. in 8 de 8 p. — Prix : 40 c. Pour nos abonnés 25 c.

LEGRAIN (M.). **Du délire chez les dégénérés.** (Observations prises à l'Asile Ste-Anne, 1885-1886), service de M. Magnan. Volume in-8 de 292 p. — Prix : 5 fr — Pour nos abonnés....... 3 fr. 50

LEGRAIN. **Contribution à l'étude de la folie communiquée.** Brochure in-8 de 28 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnes 70 c.

LEGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE. *Voir* BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE.

LEGRAND DU SAULLE **Vertiges épileptiques ; Assassinat — Acquittement.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés .... 35 c.

LEROY (A.). **De l'état de mal épileptique.** Un volume in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés............ 1 fr. 35.

LEROY. **La paralysie générale diffuse subaiguë de Duchesne** (de Boulogne) **représente t-elle un type clinique distinct de myélite diffuse** ? Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.. 35 c.

LIOUVILLE (H.). **Contribution à l'étude de la paralysie générale progressive des aliénés.** In 8. Prix : 50 c. Pour nos abonnés.. 35 c.

LIOUVILLE et DEBOVE. **Note sur un cas de mutisme hystérique suivi de guérison.** Paris, 1886. In-8.................... 30 c.

LUCAS-CHAMPIONNIERE. **Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.** (Trouble de la sensibilité chez les Orientaux, les Aissaoua. Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.. 70 c.

MABILLE (H.). **Quelques faits médico-légaux.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés................ 35 c.

MAGNAN. **De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 0.75 c. — Pour nos abonnés...................... 50 c.

MAGNAN. **Leçons sur l'Épilepsie**, faites à l'Asile Sainte-Anne, en 1881-1882, recueillies par Marcel BRIAND, 1er *fascicule*. Un volume in-12 de 84 p. — Prix : 3 fr. Pour nos abonnés............. 2 fr.

MAGNAN (V.). **Leçons cliniques sur les maladies mentales.** (Considérations générales sur la folie. — Les héréditaires ou les dégénérés. — Les délirants chroniques. — Les intermittents). 3e *fascicule des Leçons cliniques*. Brochure in-8 de 50 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés...................... 1 fr.

MAGNAN (V.). **Le délire chronique à évolution systématique** (4e fascicule des leçons cliniques sur les maladies mentales). Volume in-8 de 177 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés 2 fr. 50

MAGNAN (V.). **Leçons cliniques sur les maladies mentales, faites à l'Asile clinique** (Sainte-Anne). Recueillies et publiées par Briand (M.), Journiac, Legrain et Sérieux. — *Deuxième édition augmentée.* — Un beau volume in-8 de 435 pages, avec figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés......................... 6 fr.

MAGNAN. **Héréditaires dégénérés.** Leçon recueillie par le Dr Vigouroux. Brochure in 8 de 20 pages. Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés.. 50 c.

MAGNAN. **Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 60 c. Pour nos abonnés.. 40 c.

MAIRET (A.). **Considérations cliniques à propos d'un cas d'aliénation mentale, intimement lié à un abcès s'ouvrant par l'oreille externe gauche et reconnaissant comme influence pathogénique importante une fièvre saisonnière.** Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.................. 70 c.

MAIRET et COMBEMALE. **De l'emploi de l'acétophénone (hypnone) en aliénation mentale.** Brochure in-8 de 20 p. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.. 50 c.

MARANDON DE MONTYEL (E.). **Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect.** Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés............ 90 c.

MARANDON DE MONTYEL. **Des incendies multiples à mobiles futiles, au point de vue médico-légal.** Brochure in-8 de 36 pages — Prix. 1 fr. — Pour nos abonnés........................ 70 c.

MARANDON DE MONTYEL. **Recherches cliniques sur la folie avec conscience.** Brochure in-8 de 64 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.. 1 fr. 35

MARANDON DE MONTYEL. **De l'action sédative de la du boisine à doses continues chez les aliénés.** Brochure in-8 de 22 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés..................... 50 c.

MARANDON DE MONTYEL (E.). **Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 35 c.

MARIE (P.). — **L'Acromégalie. — Etude clinique.** Broch. in-8 de 16 p. — Prix : 50. — Pour nos abonnés.................... 35 c.

MARIE (P.). — **Sur la nature et quelques-uns des symptômes de la maladie de Basedow.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés.. 25 c.

MARIE (P.). **Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.** 1 vol. in-8 de 86 pages, avec 7 traces. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.......... 1 fr. 50.

MARIE (P.). **Des manifestations médullaires de l'Ergotisme et du lathyrisme** Brochure in 8 de 20 pages. — Prix : 75 c — Pour nos abonnés.. 50 c.

MARIE (P.). **Lathyrisme et béribéri.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.............................. 35 c.

MARIE (H.). **Sclérose en plaques et maladies infectieuses.** Brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 c.

MARSAT (A.). **Des usages thérapeutiques du nitrite d'amyle.** In-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés... 85 c.

MAUNOURY et CAMUSET. **Epilepsie ancienne d'origine traumatique.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés.. 25 c.

MAURIAC (Ch.) et VIGOUROUX (R.) **Étude sur les paralysies pseudo-syphilitiques et sur leur traitement par les æsthésiogènes.** Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.. 50 c.

MENDELSSOHN (M.) et MULLER-LYER (F.-C.). **Étude sur la perceptibilité différentielle de la vue chez l'homme sain et malade.** (Recherches physiologiques). Brochure in-8 de 56 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés......................... 1 fr. 35

MESNET (E.) **Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés.. 35 c.

MIERZEJEWSKI. **Contribution à l'étude des localisations cérébrales.** (Observation de porencéphalie fausse double). Brochure in-8 de 36 pages avec 3 fig. dans le texte et 5 planches en chromolithographie. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés........ 2 fr.

MINOR (L.). **Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes.** Brochure in-8 de 56 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés 1 fr. 35

MONOD (H.). **Les cellules d'observation des aliénés dans les hospices.** — Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.. 35 c.

MORLOT (E.). **Sur une forme grave de l'épilepsie.** Brochure in-8 de 46 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.. 1 fr.

NOIR (J.). **Etude sur les tics dans l'idiotie.** Volume in-8 de 170 pages, avec 24 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés 2 fr 75

ONANOFF (J.). — **De la perception inconsciente.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.............. 35 c.

ONANOFF. — **Paralysie radiculaire brachiale totale.** Brochure in-8 de 6 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés....... 35 c.

OSERETZKOWSKY (A.-J.). — **Quelques cas d'hystérie dans les troupes russes.** Brochure in-8 de 31 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.. 35 c.

OULMONT (P.). — **Etude clinique sur l'athétose.** Paris, 1878. Vol. in-8 de 116 pages. — Prix : 3 francs. — Pour nos abonnés.... 2 fr.

PAMPOUKIS (P.-S.). — **Etude pathogénique et expérimentale sur le vertige marin.** Brochure in 8 de 67 pages. — Prix : 2 fr. 50 — Pour nos abonnés...................................... 1 fr. 70

PANSEMENTS. *Voir* MANUEL DE LA GARDE-MALADE.

PARINAUD (H.). — **Paralysie des mouvements associés des yeux.** Brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.. 70 c.

PARINAUD. — **Clinique des maladies du système nerveux.** Compte rendu du service ophtalmologique pour l'année 1888, par Morax. — Brochure in-8 de 28 pages — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.. 70 c.

PARINAUD et MARIE. — **Névralgie et paralysie oculaire à retour périodique constituant un syndrome clinique spécial.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix ; 50 cent. — Pour nos abonnés.. 35 c.

PARINAUD. *Voir* CHARCOT.

gation il existe un rapport entre la flore bactérienne de la bouche du nouveau-né et l'affection des glandes mammaires. Les voici : Les enfants qui passent par la voie génitale normale présentent presque tous (dans 97,5 % des cas examinés), au moment de la naissance, une riche flore bactérienne de la cavité buccale. Parmi les micro-organismes qui la composent, les staphylocoques et les streptocoques occupent le premier rang. Ces deux espèces d'agents pathogènes peuvent être d'une extrême virulence, ainsi que l'ont démontré des expériences pratiquées sur des souris. Les premiers jours, leur nombre augmente dans des proportions considérables.

Chez les enfants dont les mères avaient les glandes mammaires affectées, la cavité buccale renfermait des staphylocoques dans tous les cas examinés, des streptocoques dans 73.73 %. Il est donc très probable que les germes pathogènes sont portés sur le mamelon par la bouche de l'enfant et que c'est par conséquent dans cet organe que réside la source de l'affection de la mère.

La flore bactérienne de la cavité buccale du nouveau-né est identique à celle de la sécrétion vaginale de la mère. La plupart des germes qui la composent vivent dans le vagin normal en saprophytes inoffensifs. C'est par des mouvements de déglutition du fœtus, ou par la compression des muscles du vagin que la sécrétion vaginale pénètre dans la cavité buccale infantile. L'essentiel, dans la thérapeutique de la mastite, c'est ou la prophylaxie, ou l'interdiction temporaire de donner le sein affecté.

Ce travail se termine par deux tableaux dont l'un donne le détail des recherches sur la flore bactérienne de la bouche à partir du moment de la naissance, et l'autre, sur les affections du mamelon.

IX

Baginsky a, le premier, soutenu que la cause de l'athrepsie des nourrissons était due à l'atrophie de l'intestin et aux troubles de l'alimentation qui en résultaient. Cette théorie ne paraît pas acceptable à O. Heubner, qui incline à considérer la théorie du bilan de l'énergie, de Cramer, comme plus susceptible de contribuer à élucider la question de l'athrepsie. Cette théorie, la voici : L'énergie que la nourriture quotidienne apporte au nourrisson se dépense en majeure partie, notamment à compenser la perte de chaleur qui se produit à la surface du corps. Une autre notable partie s'en dépense au travail à effectuer (mouvements musculaires internes et externes, sécrétion des glandes, etc). Ce n'est qu'une faible partie de l'énergie totale (la douzième, suivant Rubner et Heubner), qui s'accumule dans le corps sous forme de gain, c'est-à-dire, qui se traduit par l'augmentation du poids. Mais avant qu'il puisse y avoir gain, il faut qu'il y ait compensation de la perte de calorique et accomplissement du travail nécessaire : sans ces deux derniers facteurs, la vie n'est pas possible ; mais elle peut l'être pendant des mois, sans qu'il y ait gain pour l'organisme, et même pendant des semaines où le corps rend une partie de l'énergie accumulée antérieurement (diminution du poids).

Suivant Heubner, la digestion nécessite, de plus, une dépense d'énergie qui est d'environ 10 0/0 chez le nourrisson sain ; mais chez le nourrisson athrepsique, elle est plus grande et peut présenter des variations considérables.

En désignant l'énergie totale par n, la perte de calorique par e, le travail fourni par l, le gain de l'organisme par a et la perte résultant de la digestion par v, on obtient l'équation suivante :

$$n - v = e + l + a \text{ ou bien}$$
$$n = e + l + v + a$$

Or e est une valeur constante qui dépend de la surface du corps et qui est bien plus grande que $l + v$. Il en résulte que les variations de $l + v$ n'ont pas besoin de trop s'écarter de la normale pour faire disparaître a : il suffit pour cela que les valeurs $l + v$ deviennent assez grandes pour être ajoutées à e égales à n.

Quand les valeurs $e + l + v$ deviennent plus grandes que n, il y a perte pour l'organisme, k, et par conséquent, diminution du poids. L'équation est alors la suivante :

$$n + k = e + l + v$$

Pour que la première équation devienne la seconde, il suffit — et c'est là le point saillant de la théorie — il suffit que les valeurs $l + v$, qui suivent probablement toujours la même direction, présentent des variations un peu fortes dans un sens ou dans l'autre. Les écarts de l'état normal du nourrisson n'ont donc pas besoin d'être très considérables pour faire d'un organisme croissant un organisme stagnant et de celui-ci un organisme décroissant. L'athrepsie s'explique vraisemblablement par une simple diminution de l'activité fonctionnelle de l'appareil digestif, à laquelle on remédie aussi vite qu'elle s'est produite, pour peu qu'on parvienne à corriger les valeurs $l + v$ dans le sens voulu.

X.

La phalangite hérédo-syphilitique des nourrissons n'est pas aussi rare que pourrait le faire croire le petit nombre de cas (12) que Carl Hochsinger a trouvés consignés dans la littérature médicale, car il dispose de 55 observations faites, de 1874-1900, par Kassowitz et lui-même, à l'Institut des enfants malades, de Vienne, sur un total de 498 nourrissons hérédo-syphilitiques. De l'étude qu'il a faite de ces cas, il résulte les faits suivants : Loin de présenter, comme les affections syphilitiques des os des doigts survenant à d'autres âges, un caractère variable suivant les cas, la phalangite hérédo-syphilitique offre, dans le premier âge, un tableau clinique uniforme. Elle a son siège dans les os des phalanges, jamais dans les tissus et les cartilages. L'examen radiographique révèle qu'elle est une ostite raréfiante diffuse qui a son point de départ aux parties des os des phalanges où se déroulent les processus de croissance physiologiques, c'est-à-dire, aux surfaces internes du périoste, mais plus spécialement aux limites des épiphyses.

Elle affecte toujours essentiellement la première phalange des mains et des pieds ; dans les cas où il y a intumescence isolée, très forte des autres phalanges, même chez un nourrisson syphilitique, on doit conclure à une phalangite scrophulo-tuberculeuse. Elle ne provoque pas de suppuration et de perforation au dehors. Sa marche est généralement subaiguë. L'intumescence se développe sans s'accompagner de douleur et affecte tout d'abord exclusivement l'os de la première phalange, qu'elle fait enfler dans le sens latéral un peu plus qu'en avant et en arrière.

Le plus souvent, elle en affecte toutes les parties d'une manière égale. Quand les deuxième et troisième phalanges sont atteintes, leur base est toujours plus grossie que leur extrémité opposée. Ce mode d'affection répond au caractère typique de la phalangite hérédo-syphilitique. Le doigt présente la forme d'une bouteille, lorsque la première phalange est seule affectée, et celle d'une quille, lorsque le mal s'étend aux autres phalanges. Dans le cas où l'affection atteint un haut degré de développement, les doigts et les orteils non seulement grossissent, mais s'allongent encore. Chose curieuse, les tissus avoisinant les os des phalanges ne participent jamais à l'inflammation syphilitique ; la peau seule présente des altérations dues à la tension et à la pression exercées par les os tuméfiés. L'intumescence forte des premières phalanges fait dévier les doigts voisins de leur position normale. Elle ne provoque pas de douleurs spontanées, ni de troubles de la mobilité.

La phalangite hérédo-syphilitique des nourrissons ne se produit pas toujours symétriquement aux mêmes doigts des deux extrémités ; mais elle est d'ordinaire multiple et a une tendance à la restitution spontanée. Elle a ceci de caractéristique qu'elle laisse toujours intactes les articulations des doigts. Elle fait partie des manifestations précoces de la syphilis héréditaire, puisqu'elle se produit, dans un grand nombre de cas (29 sur 55), dans la période exanthématique de celle-ci. Dans 11 cas, on n'a pu observer d'exanthème ou de reste d'exanthème ; mais il se peut que cette manifestation cutanée y ait précédé la phalangite. Dans les 15 autres

cas. où la phalangite ne s'accompagnait pas d'exanthème, l'auteur a observé d'autres symptômes caractéristiques de l'hérédo-syphilis (nez en selle, intumescence du foie, coryza, ostéochondrite) : dans un seul cas, ces symptômes faisaient complètement défaut.

C'est entre l'âge de 12 jours et l'âge de 11 mois que la phalangite a été observée dans les 55 cas. Elle accompagnait, dans 33 cas, des difformités du nez, dans 41 des manifestations cutanées, dans 28 des altérations atrophiques des ongles et des cheveux, dans 12 des tumeurs du foie et de la rate, dans 19 une ostéochondrite et une pseudo-paralysie, dans 3 des gommes des muscles et des os ; dans 11, les symptômes cutanés faisaient défaut.

Dans les 55 cas en question, le mal était localisé 2 fois exclusivement aux orteils, 44 fois aux phalanges des doigts. 9 fois aux phalanges des doigts et des orteils ; il affectait 36 fois les phalanges de divers doigts, 17 fois tous les doigts, 5 fois divers orteils et 6 fois tous les orteils. Dans 3 cas, l'affection s'étendait aux os métacarpiens et dans 10, aux os métatarsiens. Les doigts affectés étaient, dans plusieurs cas, le siège d'une onychie spécifique. Enfin, dans 19 cas, la phalangite coïncidait avec une pseudo-paralysie ostéochondritique.

Le traitement mercuriel suffit pour faire disparaître, en l'espace de 6 à 10 semaines, la phalangite hérédo-syphilitique des nourrissons.

XI.

E. Pritchard étudie la variété de rachitisme qui s'observe si fréquemment chez les enfants de la classe aisée. Il estime que c'est par la présence dans l'organisme d'un excès d'acide lactique ou d'acides similaires que s'expliquent les symptômes rachitiques.

Cet excès se produit toutes les fois que l'alimentation est trop abondante et trop riche en carbohydrates ou qu'il y a manque relatif d'oxygène. La suralimentation peut développer chez les enfants qui y sont soumis des symptômes de rachitisme même alors qu'aucun élément indispensable au métabolisme ne fait défaut dans l'aliment. On guérit ces sortes de cas en réduisant simplement les doses alimentaires à leurs proportions normales et en prescrivant des mesures propres à activer la respiration (douches froides, mouvements rapides, vêtements légers, températures assez basses).

XII

Griffith continue pour son propre compte les investigations faites, il y a deux ans, par la Société américaine de pédiatrie, relativement au rapport qu'il peut y avoir entre le scorbut infantile et les méthodes d'allaitement artificiel. L'étude des 379 cas rapportés par le Comité de cette Société et celle des 16 cas que l'auteur a lui-même observés lui permettent de tirer, de l'ensemble des faits, des conclusions sinon absolues, du moins suggestives. Dans bien des cas, le scorbut infantile résulte de l'emploi de spécialités alimentaires : dans quelques-uns, il disparaît à la suite de leur suppression. Bien qu'il constitue un facteur étiologique de moindre importance, le lait stérilisé n'en a pas moins le pouvoir indéniable de produire le scorbut. Celui-ci peut même se développer dans le cours d'une alimentation avec du lait soumis à un chauffage très court, ou même cru. Il est probable que, dans ce cas, l'affection soit la conséquence du faible pourcentage des substances protéiques du lait. L'emploi prolongé de jus de fruits, sans autre modification de l'alimentation, donne parfois d'excellents résultats. Cela prouve qu'il ne faut pas toujours se hâter de changer le régime qui paraît convenir au nourrisson, dès que celui-ci commence à présenter des symptômes de scorbut. Mieux vaut laisser se développer cette affection, au reste facile à guérir, que de courir le danger de provoquer, par la suralimentation, la diarrhée ou d'autres troubles digestifs. L'étude approfondie du rapport en question a fortifié l'auteur dans cette opinion que, bien qu'il y ait des aliments dont l'emploi est particulièrement susceptible de produire le scorbut infantile, il n'en est pas moins vrai que l'état particulier du nourrisson joue un grand rôle dans l'étiologie de cette affection. C'est ici surtout qu'on peut dire, avec juste raison, que ce qui, pour l'un, est un aliment, est un poison pour l'autre.

Index bibliographique

Constantinoff (M.). — Contribution à l'étude de la cirrhose infantile d'origine cardiaque. *Genève*, 1901, Romet, 103 p. in-8° (Thèse.)

Balestre (A.) et Gilletta de Saint-Joseph (A). — Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France. *Paris*, 1901, O. Doin, 54 p. in-8°.

Masbrenier (J.-L.). — De l'emploi des procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la fièvre typhoïde chez l'enfant. *Paris*, 1900, 85 p. in-8° (Thèse.)

Chauveau (E.). — De la balnéation froide dans la fièvre typhoïde des enfants. *Paris*, 1900, 68 p. in-8° (Thèse).

Jacowski (R.). — Essai statistique sur l'influence de l'altitude au point de vue de l'accroissement en poids et des affections gastro-intestinales des enfants du premier âge. *Paris*, 1900, 46 p. in-8° (Thèse.)

Thiollier (M.). — Quelques considérations sur la marche normale et les causes du retard de la marche chez l'enfant. *Paris*, 1901, 171 p. in-8° (Thèse).

Paugam (M.). — Contribution à l'étude de la maladie de Barlow en France. *Paris*, 1901, 93 p. in-8° (Thèse).

Kneise (O.). — Die Bakterienflora der Mundhöhle des Neugeborenen vom Momente der Geburt an und ihre Beziehungen zur Aetiologie der Mastitis. Leipzig. 1901, A. Georgi, 34 p. in-8°. (Thèse de Halle).

Heubner (O.) — Zur Kenntniss der Säuglingsatrophie. *Verhandl. d. 17. Versamml. d. Gesellschaft für Kinderheilk.*, Wiesbaden, 1901 ; 42-44.

Hochsinger (C.). — Zur Kenntniss der hereditär-syphilitischen Phalangitis der Säuglinge. *Id.*, 47-87.

Pritchard (E). — The pathogenesis and treatment of rickets. *Arch. of Pediatrics*, XVIII, New York, 1901 : 99-107.

Griffith (J.-P.-C.). — The relation of scurvy to recent methods of artificial feeding. *New York Med. Journal*, LXXIII, 1901 : 317.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'anorexie chez les tuberculeux par la persodine (Persulfates alcalins), par le Dr Hobbs.

M. le Dr J. Hobbs (de Bordeaux), professeur à l'Université, a fait une communication au Congrès de la tuberculose de Londres dont nous extrayons les passages suivants : « Nous « savons tous que tant vaut l'estomac chez un tuberculeux, « tant vaut le malade.

« Un tuberculeux qui peut s'alimenter est en bonnes con- « ditions pour lutter contre le bacille de Koch, et espérer sa « guérison : malheureusement, il arrive fréquemment qu'un « des premiers symptômes, alors même que les lésions pul- « monaires sont très peu avancées, est une anorexie absolue. « Malgré les conseils de son médecin qui lui ordonne la sura- « limentation, le tuberculeux fait tous ses efforts, mais ne « peut réussir à manger. C'est en vain que l'on essaie l'un « après l'autre tous les amers, ils échouent tous : l'amaigris- « sement progresse et la cachexie s'installe peu à peu.

« Bien des médicaments en dehors des amers ont été es- « sayés pour lutter contre l'anorexie, et dans ces derniers « temps la chimie nous a donné un produit nouveau destiné « à relever la nutrition des tuberculeux, à activer leurs « oxydations.

« Ce produit est le persulfate dont la première préparation « sous le nom de Persodine est due à MM. A. et L. Lumière, « de Lyon.

« Les Persulfates sels, très instables, ont été étudiés « depuis à des points de vue différents par MM. J. Nicolas, « Garel, Rigot (de Lyon), Milian (de Paris), Betuel (de Paris), « etc.

« Dans cette étude, nous ne retiendrons que leur rôle sur « la nutrition et nous n'envisagerons que la Persodine, com- « position qui nous a paru beaucoup plus stable.

« Laissant également de côté les cas où nous avons pres- « crit ce médicament dans la chloro-anémie, la neurasthé- « nie, etc., nous ne retiendrons qu'une seule circonstance : « l'anorexie des tuberculeux.

« Nos observations sont au nombre de six. Chez tous, le

« réveil de l'appétit se manifeste par une sensation de vide « au niveau du creux de l'estomac avec un véritable besoin « de s'alimenter.

« Au cinquième jour, les parents d'un de nos petits mala- « des nous disaient que l'enfant devenait glouton.

« Tous nos malades ont augmenté de poids. M. le Prof. Hobbs termine ainsi :

« En somme, nous pouvons dire que tous nos malades ont « vu leur poids s'accroître par l'usage de la persodine.

« Chez un seul malade nous avons pu pratiquer une analyse « complète des urines : la déphosphatisation était moindre.

« Malgré des doses un peu fortes : deux cuillerées à soupe « par jour, continuées pendant vingt-cinq jours, aucun de « nos malades n'a eu de diarrhée.

« Nous concluons donc que la Persodine est un excitant de « la nutrition et qu'elle combat efficacement l'anorexie des « tuberculeux. »

Des graves inconvénients que présente l'emploi du chloroforme associé à l'Extrait de fougère.

Depuis un certain nombre d'années, quelques pharmaciens, n'ayant probablement à leur disposition que l'extrait de fougère du commerce qui, le plus souvent, est très mal préparé et tout à fait inefficace, ont cherché à augmenter l'action de cet extrait en l'associant à divers produits plus ou moins toxiques, tels que le calomel, l'acide salicylique, l'acide thymique, le chloral, l'huile de croton et *même le chloroforme à la dose de 3 à 4 grammes*. Tous les médecins savent que certains malades, et *surtout les personnes tæniées*, présentent à l'égard du chloroforme une susceptibilité vraiment extraordinaire ; des doses de chloroforme inférieures à 3 grammes ont produit des accidents mortels. Malheureusement, dans l'état actuel de la science, ces idiosyncrasies individuelles ne sauraient se prévoir. Pour se mettre à l'abri de l'*intoxication chloroformique*, et afin d'éviter de commettre *une faute lourde*, il vaut donc toujours mieux avoir recours à l'extrait de fougère, qui, *bien préparé*, est tout à fait inoffensif et produit, avec la plus grande facilité, l'expulsion du tænia et du botriocéphale. La seule précaution à prendre est d'éviter l'emploi de l'*extrait de fougère du commerce* qui est généralement préparé avec la *fougère de la Normandie*, et qui ne possède qu'une valeur médicale très médiocre. On évitera également l'emploi de l'*extrait de fougère des Pyrénées* ; cet extrait est trop chargé d'acide filicique ; *on ne doit donc jamais l'employer pour la médecine humaine.*

L'association du calomel à l'extrait de fougère peut présenter, dans certains cas, des inconvénients sérieux. On constate, en effet, chez un assez grand nombre de personnes tæniées, des troubles digestifs occasionnés par l'hyperchlorhydrie du suc gastrique. C'est probablement à cette hyperacidité du suc stomacal qu'il faut attribuer les accidents que produit quelquefois l'emploi de l'extrait de fougère associé au calomel.

NÉCROLOGIE

LE Dr LE ROY DE MÉRICOURT

Membre de l'Académie de Médecine

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Le Roy de Méricourt, médecin en chef retraité de la marine, membre de l'Académie de médecine.

Le Dr Alfred Le Roy de Méricourt était né à Abbeville, en 1825. Chirurgien de marine, il passa son doctorat à Paris en 1853, prit part à la guerre de Crimée et fut nommé professeur à l'école de médecine de Brest en 1855. Il a été depuis secrétaire de la commission chargée de reviser l'organisation du corps de santé de la marine. Chevalier de la Légion d'honneur en 1854, officier en 1866, commandeur en juillet 1880, il entra à l'Académie de médecine en 1874. Il était également commandeur de l'ordre de Stanislas de Russie.

Il fonda et dirigea les *Archives de la médecine navale* ; on lui doit en outre des travaux importants sur la *Calenture*, la *Chorée d'Abyssinie*, la *Chromhydrose*.

VARIA,

LES CONGRÈS.

XIVe Congrès de l'Association française de chirurgie.

Le 14e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 21 octobre 1901, sous la présidence de M. Lucas-Championnière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures. Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° « *Chirurgie de la rate* », M. Février (de Nancy), rapporteur ; 2° « *Traitement des adénites tuberculeuses* », M. Aug. Broca (de Paris), rapporteur.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris. Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

XIe Congrès de la Société phréniatrique italienne.

Ce Congrès aura lieu à Ancône du 29 septembre au 3 octobre 1901. Voici les principales questions dont s'occupera ce Congrès :

1° *Les progrès de la psychiatrie, de la neuropathologie et de l'organisation des asiles d'aliénés*, par MM. les Drs Seppilli et Tambroni ; 2° *Classification des psychopathies*, par le Dr de Sanctis ; 3° *Genèse et nosographie de la paralysie générale progressive*, par le Pr L. Bianchi ; 4° *Le rôle de la psychiatrie dans la pédagogie*, par le Dr Agostini ; 5° *Des divers procédés d'éducation des imbéciles et des déments*, par les Drs de Sanctis et Colucci ; 6° *Réformes à établir dans les asiles d'aliénés* par le Pr Tamburini.

1er Congrès Egyptien de Médecine. — Un congrès de médecine se tiendra au Caire du mercredi 10 au dimanche 14 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le Khédive et sous la présidence d'honneur des Dr Ibrahim Pacha Hassan, Dr Pinching, Dr Ruffer et la présidence effective du Dr Abbate Pacha. Le secrétaire général du Congrès est le Dr Voronoff.

Ce congrès comprend trois sections : Sciences médicales ; président : Dr Comanos Pacha. — Sciences chirurgicales ; président : Dr H. Milton. — Ophtalmologie ; président : Dr Mohamed Bey Eloui.

Les rapports et communications inscrits à ce jour sont les suivants : *Abcès du foie* : Drs Cartoulis, Voronoff, Colloridi, Comanos Pacha, Legrand. — *Alcoolisme et ses progrès en Egypte* : Dr de Becker. — *Ankylostome duodénal* : Drs Loos, Ruffer, Sandwith. — *Bilharzia hoematobia* : Drs Goebel, Morrison, Colloridi, H. Milton, Trekaki. — *Cardiopathie en Egypte* : Dr de Semo. — *Dysenterie* : Drs Cartoulis, Hess Bey. — *Epidémies en Egypte. Prophylaxie et moyen de les combattre* : Drs Bitter, Engel Bey, Crendiropoulo. — *Fièvre bilieuse* : Dr Valassopoulo. — *Fièvres Paludéennes* : Drs Dreyer, Fornario. — *Filariasis en Egypte* : Dr Madden. — *Folie par Haschisch* : Dr Warnock. — *Granulations conjonctivales en Egypte* : Drs Eloui Bey, Sameh Bey, Lakah. — *Fréquence de l'hydrocèle en Egypte et sa cure* : Dr Colloridi. — *La médecine chez les Arabes* : Dr Eïd. — *Myxœdème en Egypte* : Dr Brossard. — *Ophtalmie dite Egyptienne* : Drs Démétriadès, Voilas, Sameh Bey. — *Peste* : Dr Gotschlich. — *Tuberculose en Egypte* : Drs Ibrahim Pacha Hassan, Eïd, Sandwith.

Ecoles des infirmiers et infirmières : Distribution des prix

La distribution des prix de l'Ecole de Bicêtre a eu lieu le 11 juillet sous la présidence de M. Tinières, chef de la division des hospices à l'Assistance publique ; celle de la Pitié le 20 juillet sous la présidence de M. Niely, inspecteur de l'Assistance Publique ; celle de Lariboisière le 30 juillet sous la présidence de M. Tinières ; celle de la Salpêtrière le 10 août sous la présidence de M. Mourier, directeur de l'Assis-

tance Publique ; nous aurons l'occasion de revenir prochainement sur les faits principaux qui ont été l'objet des discours.

FORMULES

VII. — Contre le psoriasis.

Soufre citrin	} ãã 50 gr.
Huile de hètre	
Savon vert	} ãã 100 gr.
Axonge	
Cire blanche	10 gr.

(Wilkinson.)

VIII. — Contre la tuberculose pulmonaire.

Teinture d'iode	20 grammes.
Iodure de potassium	2 —
Glycérine	40 —
Sirop d'écorces d'oranges	50 —
Eau q. s. pour 1 litre,	

1 cuil. à soupe, 2 fois par jour avant les principaux repas.

Déléarde (de Lille).

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 28 juillet au samedi 3 août 1901, les naissances ont été au nombre de 1,046 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 412, illégitimes 132. Total 544. — *Sexe féminin* : légitimes, 389, illégitimes, 113. Total, 502.

Mortalité a Paris. — Population d'aprés le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 28 juillet au samedi 3 août 1901, les décès ont été au nombre de 890, savoir : 464 hommes et 426 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 3 F. 2. T. 5. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 4, F. 4, T. 8. — Rougeole : M. 3, F. 7, T. 10. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 3, T. 4. — Diphtérie et Croup : M. 4, F. 8. T. 12. — Grippe : M. 0. F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 2, F. 1. T. 3. — Autres maladies épidémiques : M. 3, F. 1, T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 108, F. 75, T. 183. — Tuberculose des méninges : M. 10, F. 6, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 5, T. 11. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 16, F. 41. T. 57. — Méningite simple : M. 14, F. 10, T. 24. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 19, F. 13, T. 32. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 22, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 6, T. 10. — Bronchite chronique : M. 4. F. 8, T. 12. — Pneumonie : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 37, T. 67. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 1, F. 4. T. 5 ; autre alimentation : M. 45, F. 43, T. 88. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 6, F. 1. T. 7. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3. F. 3, T. 6. — Cirrhose du foie : M. 6, F. 4, T. 10. — Néphrite et mal de Bright : M. 11, F. 11, T. 22. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 6, T. 6 — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0. F. 2. T. 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 23, F. 20, T. 43. — Débilité sénile : M. 9, F. 21. T. 30. — Morts violentes : M. 22, F. 12, T. 34. — Suicides : M. 14, F. 4, T. 18. — Autres maladies : M. 60. F. 35. T. 95. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 4. F. 7, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 51. qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 17, illégitimes, 13. Total : 30. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 2. — Total : 21.

Nominations d'un professeur de faculté et d'un professeur a l'école de pharmacie de Montpellier. — Par décret en date du 1er août 1901. M. Baudry, professeur de pathologie externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique ophtalmologique à la dite faculté. M. Jadin, agrégé, chargé de cours près l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier, est nommé professeur de pharmacie à la dite école.

Société Médicale de Pau. — Sous la dénomination de *Société Médicale de Pau*, il vient de se fonder dans cette belle station une Association Médicale, dont le but principal est de grouper les divers médecins de cette ville, pour s'occuper de questions scientifiques et médicales, notamment de climatologie et d'hygiène. — Cette Société publiera incessamment un bulletin, dans lequel une large place sera faite à la météorologie paloise.

Ecole du service de santé de la marine : Le nombre des élèves à admettre à l'Ecole de Bordeaux est de 43 pour la médecine (15 pour la marine, 28 pour les colonies) ; 6 élèves en pharmacie seront admis en outre (4 pour la marine, 2 pour les colonies). Ceci portera à 231 le nombre des élèves de l'Ecole.

Médaille d'honneur des épidémies. — En récompense de son courage et de son dévouement au cours d'une épidémie de typhus, qui a sévi a Aïn-Touta (département de Constantine), M. le Dr Saffar, médecin de colonisation, a obtenu la médaille d'honneur des épidémies.

Nécrologie. Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Michou ancien député républicain de Bar-sur-Aube. M. le Dr Michou avait exercé, avant le coup d'état du 2 décembre, les fonctions d'instituteur ; il donna alors sa démisison, commença sa médecine, devint interne des hôpitaux de Paris. s'en fut exercer à Essoyes, dans l'Aube. Devenu député, il acquit rapidement une réputation de brave homme et d'original bien méritée. Nous avons encore le regret d'annoncer les décès de M. le Dr Lecœur (d'Alfortville) : de M. le Dr Colrat (de Lyon).

Le Rédacteur Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 34. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 24 AOUT 1901

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

—

Diagnostic et traitement du glaucome

Par le Dr **F. TERRIEN**

Chef de clinique ophtalmologique à la Faculté.

DIAGNOSTIC. — Malgré les nombreux travaux parus sur l'affection et les théories mises en avant pour l'expliquer, nous ne connaissons pas encore l'étiologie et la pathogénie du glaucome. Un fait domine au point de vue clinique : *l'hypertonie*, symptôme commun à toutes les affections glaucomateuses et sur lequel repose le diagnostic de la maladie (1). Suivant que celle-ci apparaît brusquement sur un œil jusque-là indemne ou au contraire, lentement, progressivement, laissant à l'œil le temps de s'accoutumer au changement de pression, on a le *glaucome aigu* ou le *glaucome chronique*. Ce dernier peut être *simple* si la tension demeure légèrement élevée sans présenter de modifications appréciables, ou *irritatif* dans le cas contraire.

Ainsi donc, trois variétés de glaucome : le glaucome aigu, le glaucome chronique irritatif et le glaucome chronique simple. Nous les étudierons successivement car il importe, avant d'intervenir, d'être bien fixé sur la variété à laquelle on a affaire.

a) GLAUCOME AIGU. — Il a pour caractère essentiel de procéder par poussées, séparées par des rémissions franches. Il débute en général par de petites *attaques prodromiques*. Tout à coup, à l'occasion d'une fatigue, d'un repas un peu copieux, ou sans cause appréciable, la vision se trouble ; le malade a la sensation de voir les objets comme à travers une fumée grisâtre, et les flammes entourées d'un arc-en-ciel. Examiné au moment de l'attaque, l'œil atteint présente toujours les trois signes suivants, qui imposent le diagnostic : 1° la pupille est un peu plus dilatée que celle du côté opposé et réagit mal à la lumière ; elle est devenue paresseuse ; 2° la surface de la cornée est légèrement trouble au centre, donnant l'impression d'une glace sur laquelle on aurait respiré. Cette matité de la cornée, occasionnée par l'hypertonie, est le principal facteur de la vision trouble ; 3° enfin, la tension intra-oculaire est supérieure à la normale.

L'attaque prodromique dure peu et, quelques minutes ou quelques heures après, tout rentre dans l'ordre. Mais, après un temps variable (plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois, une seconde attaque peut survenir, suivie elle-même d'une troisième, puis ces attaques deviennent de plus en plus rapprochées ; et l'affection peut rester longtemps à cette période jusqu'au moment où apparaît *l'attaque de glaucome aigu*. D'ailleurs, cette attaque de glaucome aigu n'est pas nécessairement précédée de ces obnubilations passagères de la vision, et ces petites attaques prodromiques peuvent manquer. Cependant, si on y regarde de près, surtout chez les individus qui s'observent, on les retrouvera le plus souvent. D'autant plus qu'elles peuvent passer inaperçues, l'un des deux yeux seul étant pris et l'autre respecté.

Un point qu'il est intéressant de signaler ici est la possibilité de confondre un accès de migraine ophtalmique avec une attaque prodromique de glaucome. Le fait a été plusieurs fois constaté (Parisotti) et il importe de se montrer très réservé en face d'un accès de migraine ophtalmique, lorsque les troubles sont seulement oculaires. Quoi qu'il en soit, après un nombre variable de petites obnubilations passagères, survient *l'attaque aiguë* de glaucome. Ce n'est, en somme, qu'une attaque prodromique beaucoup plus accentuée et il n'y a entre les deux qu'une différence de degré. Lorsqu'elle est franche, on a l'aspect typique du glaucome aigu. La région sclérale péri-cornéenne est injectée, parcourue de grosses veines bleuâtres (injection ciliaire) ; le malade éprouve dans le globe oculaire et dans toute la région péri-orbitaire des douleurs violentes, atroces, et s'irradiant jusque dans la région occipitale. Enfin, *la pupille est dilatée*, point capital et qui permet de ne

(1) Nous n'avons en vue ici que le glaucome primitif, essentiel, celui qui dérive directement de l'hypertonie et dont la cause demeure inconnue, laissant de côté le glaucome secondaire (suite de synéchies antérieures, leucomes adhérents, tumeurs du globe, etc.). Cette hypertonie peut manquer quelquefois, et la papille ne point s'excaver (amaurose avec excavation de de Graefe). Mais, en pareil cas, tous les moyens dont nous disposons contre le glaucome n'ont aucune action, et il est permis de se demander si l'affection doit être rangée dans le cadre des maladies glaucomateuses.

pas confondre l'affection avec une attaque d'iritis. Le meilleur élément de diagnostic réside dans l'examen attentif de l'iris et de la pupille. La membrane irienne dans l'iritis, épaissie et gorgée de sang, donne à l'œil de l'observateur la sensation très nette d'être augmentée de volume ; la pupille est généralement petite, contractée et quelquefois même irrégulière. Dans le glaucome, au contraire, l'iris plus ou moins atrophié est aminci et refoulé en avant ; la chambre antérieure est peu profonde, ou même a disparu et la pupille est dilatée. Le petit cercle noir qui la limite en dedans, cercle formé par la couche pigmentée de l'uvée, à peine visible à l'état normal, devient plus apparent.

Pour terminer l'examen, recommandant à notre malade de regarder fortement en bas, nous irons, avec les deux index appuyés très légèrement sur le globe, à travers la paupière supérieure interroger la tension oculaire par de petits mouvements alternatifs de pression digitale, comme lorsqu'on veut rechercher la fluctuation dans un abcès. L'œil est généralement très dur et cette élévation de tension est d'autant plus facile à apprécier si l'autre œil est sain et présente un élément de comparaison. Mais il est des cas hybrides dans lesquels l'iritis se complique d'hypertonie (iritis glaucomateuse et le diagnostic devient hésitant. Le danger réside alors dans l'emploi de l'atropine, véritable médicament spécifique de l'iritis, mais qui dans le glaucome peut entraîner la perte de l'œil. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

L'examen ophtalmoscopique ne fournit aucun renseignement : le fond d'œil est inéclairable et la vision est nulle ou insignifiante.

Puis, après un temps variable, huit, quinze jours, les douleurs cessent, la tension diminue, la cornée recouvre sa transparence et la vision reparaît quoique diminuée, tandis que persiste une légère dilatation de la pupille. Mais, comme les accès du début, l'attaque se reproduit et au fur et à mesure que les attaques deviennent plus fréquentes, les rémissions sont incomplètes. La pupille reste dilatée dans l'intervalle et l'œil hypertone. Le glaucome évolue vers l'état chronique après avoir passé de la période des rémissions franches à celle des rémissions incomplètes, pour aboutir finalement à la cécité définitive.

b) Glaucome chronique irritatif. — Le début de l'affection rappelle les attaques prodromiques du glaucome aigu et se manifeste par des obnubilations passagères de la vue avec hypertonie légère. Mais les accès sont moins marqués, les rémissions sont également moins franches et, dans l'intervalle des attaques, *la tension demeure un peu supérieure à la normale*. Ainsi s'établit une certaine tolérance de l'organe. A part une légère injection ciliaire et un peu de dilatation de la pupille qui peut passer inaperçue, l'hypertonie ne se manifeste que par des modifications du côté du fond de l'œil (veines volumineuses, pouls artériel, début d'excavation de la papille, etc...) Elle aboutit néanmoins assez rapidement à la cécité.

c) Glaucome chronique simple. — Il a pour caractère essentiel de s'établir insidieusement. L'hypertonie est peu marquée et ne se révèle par aucun symptôme extérieur. Elle se traduit seulement par des modifications du côté du fond de l'œil, qui peuvent aboutir à une excavation totale de la papille, et à une cécité complète sans que le malade lui-même s'en aperçoive si le second œil est demeuré indemne. Le diagnostic de glaucome se fait alors par hasard, alors que le sujet vient consulter parce que quelques jours auparavant il s'est aperçu qu'il ne voyait pas de l'un des deux yeux, et l'examen ophtalmoscopique révèle une excavation totale de la papille avec atrophie. Si en même temps on interroge la tension, on peut constater un léger degré d'hypertonie.

Telles sont les trois formes de glaucome, aigu, subaigu ou chronique, qu'il était nécessaire de rappeler, car le traitement est bien différent dans les trois cas. Ils ne sont pas toujours aussi nettement tranchés et il y a entre ces trois types tous les intermédiaires suivant les fluctuations qui peuvent survenir dans l'hypertonie.

C'est elle en effet qui règle la symptomatologie de l'affection suivant qu'elle apparaît brusquement ou au contraire insidieusement. Dans le premier cas, l'élévation brusque de tension sur un œil jusque-là normal entraîne des modifications profondes dans la circulation du globe et détermine l'attaque de glaucome aigu. Dans le second, la symptomatologie est plus atténuée, l'organe s'accoutumant peu à peu à ce changement de tension.

Choix du traitement. — Il est à la fois médical et chirurgical, et les deux seront le plus souvent combinés. Le traitement médical réside tout entier dans les myotiques, combinés ou non aux moyens antiphlogistiques dont nous disposons (sangsues à la tempe, compresses chaudes, purgatifs, etc.). L'ésérine, employée d'abord par Laqueur en 1877, peut être utilisée en solution aqueuse ou, mieux, en solution huileuse ; celle-ci est plus active et l'alcaloïde ne se transforme pas en rubrésérine comme avec la solution aqueuse. On ne dépassera jamais le titre de 1 p. 100, quel que soit le véhicule employé. La pilocarpine, employée sous forme de nitrate ou de salicylate, a une action moins énergique, mais n'occasionne pas de douleurs névralgiques ; elle sera réservée aux cas légers. Les myotiques, en rétrécissant la pupille, diminuent la tension, et leur action, dont le mécanisme est peu connu, est très réelle ; mais elle n'est que suspensive, jamais curative, et peut être nulle dans certains cas. Il faut alors recourir aux moyens chirurgicaux ; paracentèse, sclérotomie, iridectomie, etc. Toutes ces opérations, nécessitant un outillage spécial et une technique spéciale, ne peuvent être faites par tout médecin. Nous les laisserons donc de côté avec leurs indications respectives, nous contentant de présenter dans une sorte de revue d'ensemble le traitement propre à chaque variété.

a Glaucome aigu. — 1° Au début, *au moment des attaques prodromiques*, les myotiques, combinés au traitement antiphlogistique habituel (compresses chaudes, sangsues à la tempe, bains de pied sinapisés, purgatifs, etc., peuvent suffire à faire cesser rapidement l'accès, à condition d'être employés en solution forte (ésérine huileuse, ou mélange d'ésérine et de pilocarpine). Mais le retour des accès doit être attentivement surveillé et le malade, ou tout au moins, son entourage seront prévenus de la gravité de l'affection et de la nécessité absolue de prévenir le retour des accès. Pendant l'accès, on prescrira donc les instillations quotidiennes de collyre à l'ésérine, instillations qui devront être faites *trois fois par jour*, le matin au réveil, à midi, et le soir avant de se coucher. Les myotiques, en effet, n'agissent que pendant sept à huit heures ; passé ce laps de temps, l'œil échappe à leur influence et il devient nécessaire de répéter l'instilla-

tion. Après l'accès on pourra se contenter de deux instillations par jour, une le matin et une le soir, en diminuant peu à peu la dose de l'alcaloïde ; puis l'ésérine sera remplacée par la pilocarpine, à 2 p. 100 d'abord, puis à 1 p. 100. Le myotique sera continué longtemps et ne devra jamais être abandonné tout à fait. Un œil ayant subi une première poussée est de ce chef très exposé à une nouvelle, et il est rare que celle-ci fasse défaut. Il faut donc, par l'emploi des myotiques, en reculer l'échéance, et si une nouvelle attaque prodromique survient, elle serait traitée de la même manière à condition, bien entendu, que la pupille se contracte bien sous l'influence du myotique et que l'accès disparaisse rapidement.

Le traitement médical ne peut être employé qu'au début, à la période prodromique et à condition que les accès cèdent facilement aux myotiques, lesquels seront continués dans l'intervalle des attaques. Mais ici encore, si les attaques sont fréquentes et longues, la question de l'intervention peut être discutée. L'opération peut suffire à enrayer définitivement la marche de l'affection et l'iridectomie est d'autant plus efficace qu'elle est faite de bonne heure. Mais encore une fois le traitement médical ne sera pas négligé. Même au moment de l'accès, il calmera les douleurs, permettra d'attendre l'arrivée du chirurgien et placera le malade dans de meilleures conditions si une iridectomie est nécessaire. Enfin, un point sur lequel on ne saurait trop insister, ne *jamais employer d'atropine*, le mydriatique en pareil cas étant susceptible d'entraîner la perte de l'œil.

2° *Attaque de glaucome.* — L'iridectomie s'impose et doit être faite sans tarder. C'est une opération d'urgence au premier chef, et c'est l'intervention de choix. Sans doute, elle n'agit pas dans tous les cas (un tiers environ), mais ce sont les seuls dans lesquels elle agisse (glaucomes aigus et subaigus) (1). Dans le glaucome chronique, au contraire, le traitement reste médical. (Voir plus bas).

Elle doit être très large, en trou de serrure et, avant de l'exécuter, *on instillera au préalable les myotiques.* Si en même temps la tension était très élevée et la chambre antérieure effacée, on ferait tout d'abord une sclérotomie réduite ou, mieux, une ponction du vitré avec le couteau de de Græfe, et l'iridectomie ne serait pratiquée que le lendemain ou le surlendemain, une fois la chambre antérieure rétablie. Dans ces conditions seulement on évitera les désastres qui peuvent suivre une iridectomie faite sur un œil hypertendu à l'excès (luxation du cristallin, hémorrhagies intra-oculaires graves, etc.). C'est ainsi que dans le glaucome absolu l'iridectomie, qui là aussi peut donner de bons résultats, ne serait faite qu'avec une extrême prudence. On recherchera au préalable si le glaucome est hémorrhagique, cas dans lequel l'iridectomie doit être rejetée, ou, au contraire, si le glaucome absolu n'est pas dû à une tumeur. Dans le premier cas, le sujet est généralement artério-scléreux et, dans le second, la tension présente de grandes fluctuations.

Faite dans ces conditions, l'iridectomie peut donner des résultats excellents, enrayant définitivement l'attaque et prévenant le retour de nouveaux accès. Après l'opération, la tension revient peu à peu à la normale, les phénomènes inflammatoires cèdent, la vision redevient ce qu'elle était avant l'attaque et le tonus reste peu élevé ou même normal. Mais ce résultat idéal n'est pas toujours obtenu : quelquefois le bénéfice retiré est peu considérable ; ailleurs, l'affection continue à évoluer, ou même l'iridectomie ne fait que hâter le processus fatal (1).

On ne peut prévoir avec certitude, avant l'intervention, l'effet de l'iridectomie, mais il y a néanmoins quelques éléments dont il faut tenir compte. L'opération, si elle est efficace, peut amener avec la diminution du tonus la suppression des douleurs et le rétablissement de la vision telle qu'elle était avant l'attaque. Ce triple effet ne sera pas toujours obtenu et la durée de l'attaque prend ici, au point de vue du pronostic, une importance capitale. Si l'iridectomie est faite de bonne heure, le lendemain ou le surlendemain du début de l'accès, alors que la rétine et la papille n'ont pas été soumises assez longtemps à cette pression exagérée pour être définitivement altérées, on peut espérer à la fois la diminution du tonus, la suppression des douleurs et le rétablissement de la vision. Dans le cas contraire, lorsque surtout la sensibilité lumineuse existe à peine ou fait totalement défaut, si avec cela il y a mauvaise projection, le pronostic doit être très réservé. L'opération, à supposer qu'elle réussisse, diminuera le tonus et supprimera les douleurs, conséquence directe de l'hypertonie, mais la vision demeure compromise. On tiendra compte aussi de l'âge du malade : le glaucome est d'autant plus grave que le malade est plus âgé.

L'iridectomie ne suffit pas toujours à prévenir le retour de nouvelles attaques. On n'aurait alors d'autre ressource que la ponction au niveau de l'ancienne cicatrice ou un peu en arrière, *en pleine sclérotique* (oulétomie), moyen qui peut donner d'excellents résultats. S'ils échouent, on n'hésiterait pas, comme le faisait de Græfe, à pratiquer une nouvelle iridectomie au point diamétralement opposé, en bas par conséquent, malgré l'éblouissement qui peut en résulter. Dans tous les cas, après la première opération, que l'attaque se renouvelle ou non, les myotiques *seront très longtemps continués* (plusieurs mois et même plusieurs années). Ils ne seraient abandonnés qu'après s'être assuré que la marche de l'affection est définitivement enrayée et que celle-ci n'a aucune tendance à reparaître. Cette action du myotique après l'iridectomie peut paraître douteuse au premier abord, le sphincter n'existant plus. Elle est néanmoins très réelle et suffit à faire disparaître les petites poussées d'hypertonie passagères qui peuvent apparaître après l'iridectomie, preuve que les myotiques n'agissent pas seulement par la contraction de la pupille qu'ils déterminent. C'est là un fait qu'il faut retenir afin de ne pas abandonner l'ésérine après l'opération, comme on pourrait être tenté de le faire. L'iridectomie, on le voit, bien que ne donnant pas toujours des résultats satisfaisants, est l'opération de choix dans le glaucome aigu dont elle peut suffire à enrayer la marche. Elle ne sera jamais faite, au contraire, dans le glaucome hémorrhagique et

(1) L'iridectomie antiglaucomateuse, pour être efficace, doit être précoce. Nous ne connaissons pas encore le mécanisme par lequel se produit alors la régularisation de la tension oculaire, mais on peut, d'après M. Rochon-Duvigneaud, déterminer les conditions anatomiques dans lesquelles doit se trouver l'œil glaucomateux pour que l'iridectomie puisse abaisser la tension et celles où, au contraire, elle reste nécessairement impuissante à détendre l'œil. Ces conditions résident dans l'état de l'angle irien opéré. S'il est conservé, l'iridectomie pourra être efficace ; s'il est oblitéré, elle restera sans action. (Rochon-Duvigneaud, *La Clinique ophtalmologique*, janvier 1901).

(1) Cette complication fâcheuse qu'on observe quelquefois avec le glaucome chronique est très rare dans le glaucome aigu.

dans le glaucome infantile (buphtalmie), pour lesquels on aurait recours à des opérations moins complètes (sclérotomies réduites, paracentèses très étroites, etc..) ; l'iridectomie, en pareil cas, pourrait amener un désastre.

b) GLAUCOME CHRONIQUE IRRITATIF. — Cette variété tient le milieu entre le glaucome aigu et le glaucome chronique simple. L'iridectomie peut être faite au moment des accès ou dans leur intervalle, surtout s'ils se renouvellent fréquemment ; mais l'opération donne des résultats moins certains. Elle n'est jamais aussi urgente et peut être remplacée momentanément par des sclérotomies ou des paracentèses répétées. On peut ainsi juger, suivant l'effet obtenu, du résultat qu'il est possible d'attendre de l'iridectomie. Dans tous les cas, le traitement par les myotiques ne sera pas négligé et sera souvent combiné au traitement chirurgical.

c) GLAUCOME CHRONIQUE SIMPLE. — On se contentera ici du traitement médical par les myotiques, car le traitement chirurgical n'a aucune action et peut même être nuisible. On a vu quelquefois une iridectomie être suivie, en pareil cas, d'une diminution rapide de la vision. Fuchs, sur une statistique de 31 glaucomes chroniques traités par l'iridectomie, rapporte 19 insuccès et 20 aggravations. Les myotiques demeurent donc la seule ressource. Bien employés et longtemps prolongés, ils peuvent maintenir très longtemps l'acuité visuelle et le champ visuel intacts ou, du moins, dans le même état qu'au moment où le traitement a été institué. Mais pour être efficaces, les myotiques doivent être employés longtemps et très régulièrement. Les instillations seront faites trois fois par jour ; le matin au réveil, à midi et le soir avant le coucher, car le myotique n'agit pas au-delà de 6 à 7 heures et l'œil doit être constamment maintenu sous son influence.

Dans les formes bénignes, on peut se contenter de la pilocarpine qui sera prescrite à dose suffisante :

Nitrate de pilocarpine........	0,20 centigr.
Eau distillée bouillie.........	10 grammes.

Dans les formes plus sévères, on pourra ajouter à ce collyre trois à cinq centigrammes de salicylate d'ésérine ou même prescrire le collyre à l'ésérine seule au centième. Mais l'ésérine en solution aqueuse détermine souvent un spasme du muscle ciliaire et des douleurs très vives. Aussi est-il préférable de l'employer en solution huileuse, au centième. Elle se montre beaucoup plus active sous cette forme, ne détermine aucune irritation et surtout ne provoque pas les douleurs que donne le collyre aqueux ; nous avons eu souvent l'occasion de le constater.

La question de l'intervention peut être discutée, et une opération sera généralement tentée. Rarement suivie de succès, elle peut au contraire avoir un résultat néfaste. On ne fera donc jamais l'iridectomie, mais de simples paracentèses très étroites, ou des sclérotomies réduites, afin de tâter en quelque sorte la susceptibilité du globe.

On tiendra compte de l'état du tonus. Si l'élévation de tension est appréciable, le pronostic est plus favorable et l'intervention peut amener une amélioration réelle. Dans le cas contraire, elle demeure inefficace et peut être funeste. C'est alors que M. Dianoux propose la sclérotomie suivie de malaxation. Le soir même de l'opération, on exerce sur le globe une série de pressions alternatives avec la pulpe des deux index, comme lorsqu'on interroge la pression intra-oculaire afin de disjoindre les lèvres des plaies sclérales et de déterminer l'évacuation d'une partie de l'humeur aqueuse. Cette malaxation est répétée matin et soir pendant les cinq à six premiers jours, et le malade est habitué à la faire lui-même. On ajoute à cela l'instillation des myotiques qui sera longtemps continuée, le sulfate de quinine et l'iodure de potassium à l'intérieur. Enfin, lorsque l'affection progresse en dépit de tous les traitements institués et dans les cas où l'iridectomie peut être dangereuse, on est autorisé à tenter la sympathicectomie. L'opération est de date encore trop récente pour être jugée définitivement ; mais jusqu'ici, d'après les cas rares que nous avons pu observer, les résultats ne semblent guère encourageants. L'amélioration, si tant est qu'elle existe, n'est jamais durable.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Varioloïde : Température avant et après l'éruption.

Rares sont les occasions qui s'offrent aux médecins de pouvoir enregistrer la température des malades durant

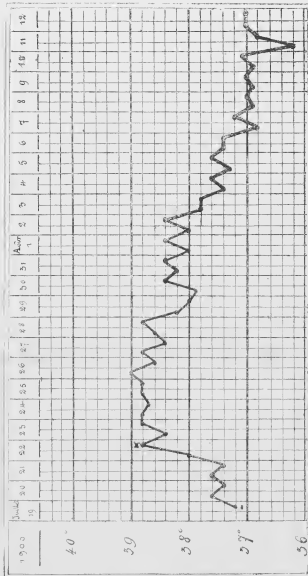


FIG. 17.

la *période des prodromes* des *maladies infectieuses*, en particulier des *fièvres éruptives*. Maintes fois, pour-


Parfaite Eau de Ta
EAU DE SOURCE
PARADIS
NATURELLE

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT
LYSOL
ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris.

tant, nous avons eu cette bonne fortune. Voici pourquoi. Nous avons l'habitude, dans notre service, de prendre matin et soir la température rectale des enfants qui nous arrivent du bureau d'admission de l'Asile clinique. Si la température dépasse la normale, notre attention est éveillée et nous suivons avec soin le malade, tout en continuant les notations thermométriques. De là, des constatations cliniques d'un réel intérêt. Aux faits que nous avons déjà publiés vient s'ajouter le suivant :

L'enfant Bonn...-Desr... est entré le 19 juillet. Ce jour-là, le 20 et le 21 juillet, la température reste normale (*Fig. 17*). Le 22, elle s'élève à 38°,8. Dans l'après-midi de cette journée, on voit apparaître une éruption assez confluente de pustules à la face, sur le cuir chevelu, sur le tronc et les membres. La température jusqu'au 28 juillet a oscillé entre 38°,8 et 39° ; du 29 juillet au 2 août, entre 38°,4 et 38° ; du 3 au 5 août, entre 37°,8 et 37°,4 ; elle s'est ensuite abaissée à 37° et au-dessous ; le 10 août il s'est même produit une hypothermie (36°,2). Puis la température est redevenue normale. Le tracé le montre.

Il s'est agit là d'un cas de *varioloïde légère*, sans aucune complication et sans véritable suppuration. Comme un certain nombre de pustules ont été ombiliquées, il nous semble ne pas y avoir de doute sur le diagnostic.

BOURNEVILLE.

Asiles publics d'aliénés : Les aumôniers.

Il y a quelque temps, nous avons signalé les scrupules du Conseil général de l'Hérault qui, à propos de la construction de son asile départemental d'aliénés, se demandait s'il était obligé de prévoir la construction d'une chapelle. Une question connexe vient d'être posée dans le département de l'Yonne, d'après le *Français* du 19 août.

> Le conseil général de l'Yonne, dit ce journal, est appelé à se prononcer sur un vœu tendant à la suppression des aumôniers dans les asiles d'aliénés du département. Une question sera posée au gouvernement pour savoir si cette mesure sera étendue à tous les asiles d'aliénés de France et à ceux du département de la Seine.

Avant 1877, il y avait dans les asiles de la Seine un aumônier titulaire, un aumônier adjoint et des frais de culte. Conformément à nos rapports, le Conseil général de ce département a supprimé successivement les aumôniers adjoints, les aumôniers titulaires et les frais de culte. Suivant aussi nos rapports, le Conseil général de la Seine a construit *sans chapelle* l'asile de Villejuif et le Cinquième asile, dit asile de la Maison-Blanche. Les Conseils généraux de l'Hérault et de l'Yonne peuvent donc sans hésitation éviter la construction coûteuse d'une chapelle et demander la suppression des aumôniers des asiles d'aliénés. Ils pourront utilement reporter cette économie sur l'amélioration de la nourriture, de l'habillement, du coucher et du chauffage des malades.

B.

XIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

(*Suite*).

—

Séance du samedi 3 août (matin). — PRÉSIDENCE DE M. G. BALLET.

Physiologie et pathologie du tonus musculaire des réflexes et de la contracture.

M. CROCQ (de Bruxelles) rapporteur.

Tonus musculaire. — Après avoir donné un aperçu histo-

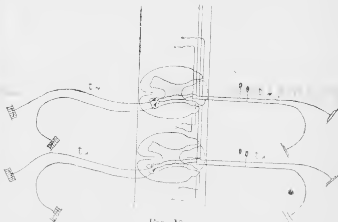


FIG. 18.

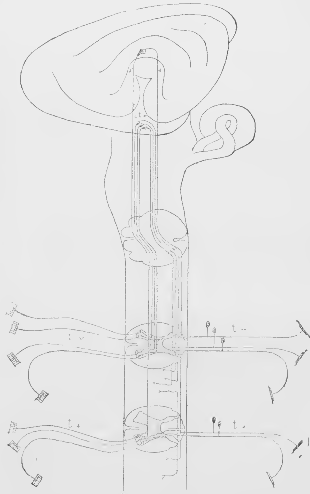


FIG. 19.

*

rique de la question, l'orateur expose et critique les nombreuses théories édifiées dans le but d'expliquer le mécanisme du tonus musculaire. Pour résoudre cette question, il établit les faits suivants : 1° La section des racines postérieures donne lieu à l'abolition du tonus musculaire ; 2° la section de la moelle, à la région cervicale, *chez la grenouille*, ne diminue pas le tonus musculaire ; 3° la section ou la ligature de la moelle cervicale ou dorsale supérieure, *chez le chien et chez le lapin*, diminue le tonus des muscles volontaires et exagère le tonus des sphincters ; 4° la section ou la ligature de la moelle cervicale ou dorsale supérieure, *chez le singe*, diminue considérablement le tonus des muscles volontaires et exagère le tonus des sphincters ; 5° *chez l'homme*, les lésions transversales complètes de la moelle, à la région cervicale ou dorsale supérieure, provoquent l'abolition permanente et complète du tonus des muscles volontaires et l'exagération de la tonicité sphinctérienne ; 6° les lésions destructives des lobes cérébraux donnent des résultats différents suivant les animaux sur lesquels on opère. De l'examen attentif de ces faits, le rapporteur conclut que : 1° *Chez la grenouille*, la tonicité musculaire, tant volontaire que sphinctérienne est réduite à l'arc réflexe elémentaire (fig. 18) ; 2° *chez le lapin et chez le chien*, le tonus des muscles volontaires se fait presque exclusivement par les voies longues ; le centre de ce tonus peut être localisé dans le mésocéphale (fig. 19) ; le tonus sphinctérien se produira, au contraire, par les voies courtes, mais il est régularisé par une influence corticale ; 3° *chez le singe*, l'importance des voies longues est plus grande encore : le centre du tonus volontaire peut être placé à la fois dans les ganglions basilaires et dans l'écorce cérébrale. Le tonus sphinctérien se maintient comme chez le chien (fig. 20) ; 4° *chez l'homme*, les voies longues sont seules chargées de transmettre les courants toniques des muscles volontaires ; le centre de ce tonus est exclusivement cortical (fig. 21). Le tonus sphinctérien se produit encore par les voies courtes, mais l'influence corticale est plus marquée que chez les animaux ; 5° chez le *nouveau-né*, le faisceau pyramidal n'existe pas *fonctionnellement* ; le tonus musculaire se produit, comme chez les vertébrés inférieurs, par les voies courtes.

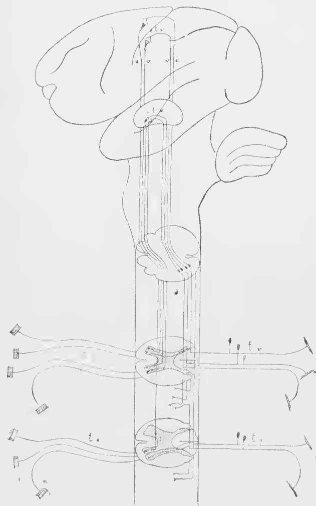


FIG. 20.

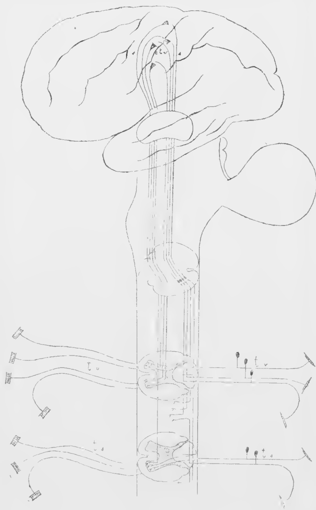


FIG. 21.

Les lois suivantes permettent de comprendre les modifications pathologiques du tonus : 1° l'excitation d'un muscle volontaire produit l'*inhibition* de son antagoniste ; 2° l'inhibition du tonus d'un muscle volontaire, provoque l'*hypertonie* de son antagoniste ; 3° la destruction complète des neurones moteurs centraux ou périphériques ou de leurs prolongements cylindroïdes, provoque l'*atonie* des muscles correspondants ; 4° leur destruction partielle provoque l'*hypotonie* ; 5° les altérations péricellulaires et péricylindroïdes des neurones moteurs centraux et périphériques produisent, lorsque le fonctionnement du neurone est gêné, un éréthisme fonctionnel qui donne lieu à une exagération du tonus musculaire.

Ces lois servent de base à la compréhension des modifications du tonus musculaire dans les différentes maladies que l'auteur passe en revue : myopathies, polynévrites, poliomyélites, tabes, hémiplégie organique, maladie de Freidreich, hérédo-ataxie cérébelleuse, tabes dorsal spasmodique, sclérose latérale amyotrophique, scléroses combinées, compressions médullaires, sclérose en plaques, états parétospasmodiques infantiles, nécroses, paralysie générale, infections et intoxications.

II. *Réflexes* : Après avoir développé les nombreuses théories formulées par ses prédécesseurs, le rapporteur démon-

tre les faits suivants : 1° La section des racines postérieures provoque l'abolition de tous les réflexes ; 2° la section de la moelle cervicale, *chez la grenouille*, donne lieu à l'*exagération*

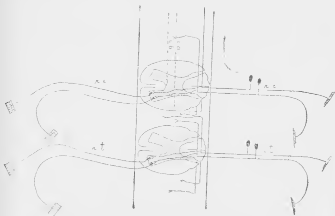


Fig. 22.

des réflexes sous-jacents à la lésion (fig. 21) ; 3° la section ou la ligature de la moelle cervicale ou dorsale supérieure, *chez le lapin et chez le chien*, donne lieu à l'*exagération* immé-

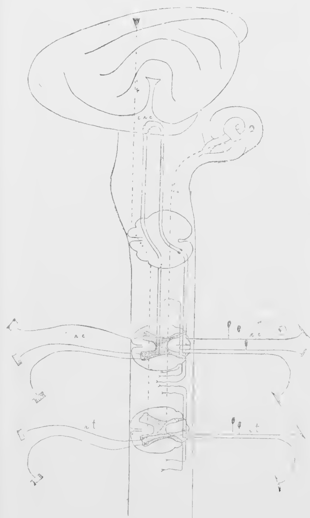


Fig. 23.

diate des réflexes *tendineux* et à l'*abolition temporaire* des réflexes *cutanés* (fig. 23) ; 4° la section ou la ligature de la moelle cervicale ou dorsale supérieure, *chez le singe*, donne lieu à une *abolition* plus ou moins prolongée des réflexes tendineux et cutanés (fig. 24) ; 5° *chez l'homme*, la section complète de la moelle, à la région cervicale ou dorsale supérieure, provoque l'*abolition* permanente et complète des réflexes tendineux et cutanés (fig. 25) ; 6° les lésions destructives de l'écorce cérébrale donnent lieu, chez tous les animaux, à une *exagération* plus ou moins marquée des réflexes tendineux et chez quelques-uns d'entre eux, à un affaiblissement des réflexes cutanés : 7° les lésions destructives du cervelet entraînent l'*exagération* des réflexes tendineux.

De l'examen attentif de ces faits, le rapporteur conclut que : 1° *chez la grenouille*, des réflexes se réduisent à l'axe réflexe élémentaire ; leurs centres médullaires sont inhibés par les centres supérieurs ; 2° *chez le lapin et chez le chien*, les réflexes tendineux se font encore par les voies courtes ; leurs centres médullaires sont inhibés par le cer-

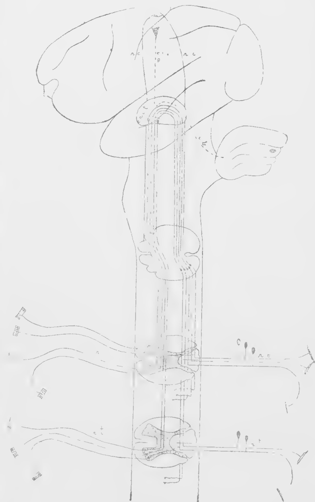


Fig. 24

veau et le cervelet ; les réflexes cutanés parcourent normalement les voies longues, leur centre principal est mésocéphalique ; certains réflexes défensifs rapides se font par les voies courtes ; 3° *chez le singe*, les centres des réflexes tendineux sont bacillaires et soumis à l'action inhibitrice du cerveau et du cervelet ; ceux des réflexes cutanés sont à la fois basilaires et corticaux. Certains réflexes défensifs continuent à parcourir les voies courtes ; 4° *chez l'homme*, les centres des réflexes tendineux sont basilaires et soumis à l'action inhibitrice du cerveau et du cervelet ; ceux des réflexes cutanés sont corticaux. Ici encore, certains réflexes défensifs rapides se font par les voies courtes ; 5° chez le *nouveau-né*, les réflexes se produisent, comme chez les vertébrés inférieurs, par des voies courtes.

L'orateur fait ensuite la physiologie des réflexes tendineux

et cutanés ; puis il décrit les *réflexes pathologiques*, (réflexe fémoral, de Babinski, clonus). Il montre que l'*antagonisme des réflexes tendineux et cutanés* est fréquent et possède une importance clinique indéniable. il examine enfin les modifications des réflexes dans les maladies des névrosés et il s'efforce de les expliquer par sa théorie.

III. — *Contracture.* L'orateur expose et critique les théories suivantes : il démontre que le mécanisme de la contracture est indissolublement lié à celui du tonus musculaire, la contracture étant l'expression de l'hypertonie. L'expérimentation confirme cette hypothèse ; les lésions irritatives de l'écorce ne provoquent aucune contracture chez les batraciens, le lapin, le chien, le chat, chez lesquels le tonus se produit sans une intervention notable du cortex ; elles donnent lieu, au contraire, à des contractures chez le singe et chez

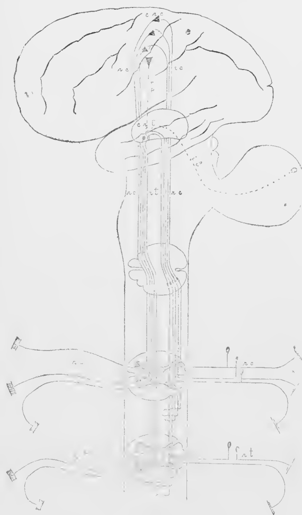


Fig. 25

l'homme, chez lesquels le mécanisme du tonus dépend de l'écorce cérébrale. Les contractures particulières que l'on observe chez le singe, à la suite de la destruction complète de la zone motrice, peuvent être assimilées à celles qui se produisent par des lésions incomplètes non irritatives de la zone motrice de l'homme.

La distinction entre la contracture vraie et la pseudo-contracture présente de sérieuses difficultés : généralement, la seconde résulte de la première.

L'une résulte de la lésion des neurones moteurs centraux, l'autre de l'altération des neurones moteurs périphériques. La contracture vraie est produite, d'une part, par les altérations péri-cellulaires et péri-cylindroïdes des neurones moteurs centraux : d'autre part, par les lois de l'antagonisme musculaire.

Le type si constant des contractures dépend de raisons histologiques : à l'état normal, certains groupes musculaires sont prédominants ; une lésion diffuse ayant pour résultat d'abaisser d'une manière uniforme la tonicité musculaire amènera la flaccidité complète des muscles les moins développés et seulement l'hypotonicité des muscles les plus forts. Cette hypotonicité deviendra bientôt une hypertonicité réelle grâce aux lois établies précédemment : certains neurones corticaux s'affaibliront et s'atrophieront, l'action irritative péri-cellulaire ne sera bientôt plus capable de réveiller leur vitalité, tandis qu'elle exagèrera de plus en plus l'hypertonicité des neurones antagonistes.

Le rapporteur passe ensuite en revue comme précédemment les différentes maladies des névrosés, et il s'efforce d'expliquer la production des contractures dans chacune d'entre elles.

IV. — Dans la grande majorité des cas, il existe un rapport étroit entre l'état des réflexes tendineux et celui du tonus musculaire.

Les recherches expérimentales de l'auteur, ainsi que les données cliniques, prouvent clairement que ce rapport n'est pas constant. L'indépendance clinique du tonus et des réflexes confirme leur indépendance anatomique.

M. Grasset. — Je ne crois pas qu'on soit en droit d'établir un mécanisme simple du tonus et par suite de la contracture. On ne saurait dire, par exemple, que le centre du tonus est purement cortical. En réalité, le maintien du tonus a besoin de l'intégrité de plusieurs systèmes médullaires, et il semble que l'on puisse décrire trois étages de neurones intervenant dans la manifestation du tonus musculaire. Il existerait d'abord un premier étage médullaire formé par le neurone sensitif rachidien et le neurone moteur centrifuge de l'étage correspondant ; on fera rentrer ensuite dans ce groupe le neurone de l'origine réelle des nerfs craniens. Le deuxième étage serait formé par les masses grises du mesocéphale (cervelet, noyau rouge, masses grises du pont, noyaux centraux), dont nous connaissons et des voies centripètes (faisceau cérebelleux ascendant, ruban de Goll) et des voies centrifuges (faisceau cérébelleux descendant, faisceau rubro-spinal, etc.

Enfin, le troisième étage serait cortical. Ce système développerait d'une part, une action excitatrice, d'autre part une fonction inhibitrice, mais ces actions sont complexes et c'est ainsi que le nerf labyrinthique et autres agissent sur les centres mésocéphaliques dans le maintien normal du tonus musculaire.

M. Pitres. — Les expérimentations faites sur le système nerveux des animaux et en particulier celles que M. Crocq relate dans son très remarquable rapport, sont d'un très grand intérêt, mais elles ne peuvent servir à poser des conclusions définitives de physiologie nerveuse chez l'homme. Conclure de la série animale à ce dernier est une tendance bien naturelle, mais qui me paraît fâcheuse au plus haut chef, même avec les quelques réserves que l'on s'empresse de formuler d'abord et d'oublier ensuite. Cette tendance n'est pas particulière à la physiologie nerveuse, mais s'étend à toute la physiologie humaine. Il est regrettable, en effet, de voir des traités, qui s'intitulent traités de physiologie humaine, rapporter soigneusement de longues et intéressantes recherches expérimentales sur tel ou tel appareil de tel ou tel animal, mais omettre complètement les données que nous possédons sur le fonctionnement de ce même appareil chez l'homme : de pareils ouvrages trompent par leur titre sur la nature de leur contenu. Pour en revenir à la physiologie du système nerveux de l'homme, il nous semble que seule, la méthode anatomo-clinique pourra servir à établir ses lois. Je ne veux pas ici critiquer les conclusions du rapport de M. Crocq, mais je veux faire quelques remarques au sujet de la contracture, de la trépidation épileptoïde et des réflexes tendineux.

La contracture ne me semble pas *une* et toujours identique à elle-même, ni dans *sa distribution topographique*, ni dans *sa nature*, dans tous les cas où on peut l'observer. Tout d'abord elle varie dans sa distribution topographique, cer-

tains muscles sont préférablement contracturés que d'autres qui le sont rarement ou jamais. Je regrette de ne pas voir ce point indiqué et développé dans le rapport de M. Crocq et de ne pas y trouver une explication de cette variabilité.

Ensuite la contracture ne me paraît pas une dans sa nature elle-même, partout et toujours. J'ai l'habitude, dans mon enseignement de distinguer plusieurs variétés de contractures. L'une, que j'appelle volontiers *contracture myotonique*, se trouve réalisée notamment chez les malades atteints de maladie de Parkinson. L'autre à laquelle je donne le nom *de contracture myotetanique*, est le type de la contracture. Ces deux types ne sont pas les seuls et en particulier leur association peut se rencontrer chez un même malade, dans l'hémiplégie organique avec contractures secondaires ou dans la sclérose latérale amyotrophique par exemple. Il n'est pas rare de constater en effet chez un hémiplégique organique, le matin, au réveil, dans son membre paralysé un léger degré de contracture facile à vaincre ; chez le même malade, observé à plusieurs reprises dans la journée, on peut s'apercevoir d'une exagération notable de la contracture survenue dans le membre paralysé : à la contracture première, myotonique, est venue se surajouter une contracture myotétanique. Cette dernière peut quelquefois apparaître subitement, sous l'influence de fatigue, d'un effort, d'une simple émotion et abolir complètement par sa brusque apparition les fonctions d'un membre incomplètement paralysé. Ce sont des faits d'observation courante, qu'il serait bon de retenir dans une étude sur la contracture. Ils sont peut-être de nature à élucider la pathogénie de ce symptôme si important. Il se pourrait, en effet, que la forme myotonique soit le résultat d'une simple exagération du tonus et que la forme myotétanique, soit au contraire la conséquence d'une véritable contraction des fibres musculaires.

On a tendance à considérer encore la trépidation épileptoïde et l'exagération des réflexes tendineux comme deux phénomènes de même ordre. Or je me suis élevé depuis longtemps contre cette manière de voir par trop exclusive. Et je regrette de ne pas voir figurer dans la bibliographie du rapport de M. Crocq, par ailleurs très complète, l'indication d'un travail publié en 1884, dans la *Revue de médecine*, par M. Maurice de Fleury, alors mon interne, et celle d'une thèse, faite l'année suivante sous mon inspiration par M. Delorme-Sorbé et soutenue devant la Faculté de Bordeaux. La distinction à faire entre ces deux ordres est réelle et les arguments de grande valeur en faveur de cette opinion ont été déjà développés par M. Maurice de Fleury dans son travail. La non-identité de nature de la trépidation épileptoïde et de l'exagération des réflexes tendineux est démontrée par deux séries de preuves. La première comprend des preuves cliniques : elle réside dans ce fait que souvent dans la convalescence des maladies infectieuses et en particulier de la fièvre typhoïde, on constate de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule, alors que les réflexes tendineux sont diminués ou même totalement abolis. La seconde est tirée des résultats fournis par l'application de la bande élastique d'Esmarch. Sous l'influence de cette application, en effet, on voit la trépidation épileptoïde s'abolir complètement au bout de quelques minutes, alors que les réflexes tendineux persistent inaltérés. Il ne faut pas cependant, dans cette expérience, comme l'ont fait certains auteurs qui la répétèrent après moi, atteindre une ischémie trop complète, car alors les réflexes s'abolissent à leur tour.

M. Cestan. — J'approuve d'autant plus le rapport de M. Crocq dans son exposé critique des théories que, déjà en 1899, j'étais arrivé, pour des raisons semblables, à soutenir que nous ne possédions pas une théorie de la contracture capable d'en expliquer les modalités cliniques. Mon opinion n'a pas changé et je n'accepte pas la théorie de M. Crocq. Je ne puis concevoir en effet que, tandis que chez l'enfant le tonus est exclusivement médullaire, il devienne chez l'adulte définitivement et exclusivement cortical. D'autre part nous possédons des cas de destruction complète du faisceau pyramidal, suivie cependant de contracture spasmodique : or, M. Croq attribue la contracture à l'irritation des cylindres-axes de ce faisceau pyramidal. J'apporte, en collaboration avec le professeur Raymond, deux cas de tumeur du quatrième segment dorsal, ayant déterminé une paraplégie spasmodique pendant plusieurs années. Je ne veux pas discuter si les quelques cylindres-axes encore épargnés au niveau de la lésion sont capables de déterminer la contracture, mais je puis dire que, dans ces deux cas, les faisceaux pyramidaux ont *complètement* disparu au-dessous de la lésion et pourtant la paraplégie était spasmodique. La théorie de M. Crocq ne saurait donc expliquer tous les faits cliniques. Contrairement à M. Crocq, j'attribue une grosse importance à la recherche du réflexe achilléen, dont la recherche est toujours facile et positive à l'état normal.

J'ai étudié les réflexes cutanés des maladies nerveuses diverses : d'une manière générale, ils sont surtout supprimés dans le tabes et les affections spasmodiques. Ils n'ont pas une grave valeur diagnostique : peut-être permettront-ils dans certains cas de différencier les tabes des pseudo-tabes polynévritiques car dans ces derniers, le réflexe crémastérien est conservé.

Le réflexe de Babinski n'est pas forcément associé à la trépidation spinale ; il est constant en effet dans la maladie de Friedreich, et d'autre part je l'ai constaté plusieurs fois après les accès d'épilepsie, malgré la disparition à ce moment-là des réflexes tendineux.

Je ne crois pas enfin que, dans les névrites périphériques motrices, et les poliomyélites aiguës ou chroniques, les déformations soient dues à une hypertonicité des muscles conservés que l'on puisse comparer à l'hypertonicité des maladies spasmodiques. Quant à la contracture hystérique, on ne saurait encore l'assimiler à la contracture organique. M. Babinski a montré au contraire combien sur le terrain clinique elle en était différente.

M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg). — La thèse soutenue par M. Crocq relativement à une localisation cérébrale exclusive des réflexes chez certains animaux et chez l'homme ne me paraît être conforme ni aux faits physiologiques ni aux données cliniques. L'acte réflexe doit être considéré comme une propriété générale du système nerveux central et particulièrement de la partie médullaire de l'axe cérébro-spinal. Il n'existe pas à mon avis des centres réflexes, ceux-ci pouvant se produire à un niveau quelconque de toute la hauteur de la moelle épinière. Partout où l'élément périphérique récepteur entre en communication avec l'organe moteur réactionnel, les conditions pour la production des réflexes se trouvent par là même réalisées. Cependant, comme cela résulte de mes expériences, certaines voies, notamment les voies longues sont plus praticables et présentent moins de résistance au passage des réflexes que d'autres voies plus courtes et plus directes. Aussi les réflexes normaux, c'est-à-dire provoqués par des irritations minima, passent-ils par la partie supérieure de la moelle cervicale. Lorsque cette région est détruite, les réflexes provoqués par des irritations minima sont supprimés, mais il suffit d'augmenter l'intensité de l'irritant pour que les réflexes réapparaissent en se frayant un chemin par d'autres voies moins praticables. La séparation de la moelle du cerveau ne supprime donc pas définitivement les réflexes, dont la production dépend de l'intensité de l'irritant. Les faits cliniques ne parlent pas non plus tout à fait en faveur de la localisation de tous les réflexes dans le cerveau. Rien ne prouve que la disparition des réflexes à la suite d'une lésion de la partie cervicale de la moelle soit le résultat d'une interruption des voies conductrices ; elle peut être l'effet de causes multiples et plus ou moins complexes. Du reste, il existe déjà quelques observations cliniques, dans lesquelles une lésion de la partie cervicale de la moelle, équivalant à une véritable section de cet organe, a eu pour effet la conservation et même l'exagération des réflexes médullaires. Le réflexe n'étant pas un symptôme à localisation exclusive, sa valeur séméiologique et pathognomonique doit être à mon avis très restreinte d'autant plus que les moyens d'investigation usités en clinique pour déterminer les réflexes sont très défectueux.

M. Brissaud. — Le centre des tonus est exclusivement cor-

tical d'après M. Crocq. Cette théorie n'explique pas les faits de lésion de la capsule interne ayant séparé la corticalité de la moelle, ayant détruit le faisceau pyramidal, et cependant ayant déterminé une contracture spasmodique. D'autre part, les lésions aiguës transverses de la moelle cervicale déterminent une paraplégie flaccide, soit par un état de shock, soit par un trouble circulatoire par l'intermédiaire de l'arbre spinal antérieur, mais les destructions lentes transverses de la moelle peuvent déterminer une paraplégie spasmodique. La main de l'hémiplégique se contracture presque toujours en flexion ; si cette contracture est due à l'irritation des fibres pyramidales intactes, il faudrait donc admettre que, dans les lésions à localisation variée qui créent l'hémiplégie cérébrale, les fibres destinées aux extenseurs seraient toujours plus intéressées que les fibres destinées aux muscles fléchisseurs.

Séance du samedi 3 Août (soir).

De quelques considérations sur le mécanisme physiologique des réflexes.

MM. L. Marchand et Cl. Vurpas. — L'observation de plusieurs cas cliniques ont engagé les auteurs à entreprendre quelques expériences touchant le mécanisme et les conditions de production des réflexes.

C'est en particulier le cas d'une jeune fille paralytique générale et tabétique. Chez cette malade qui présentait des accès épileptiformes on constatait, pendant l'intervalle de ceux-ci, l'absence des réflexes patellaires et, pendant les crises, l'exagération des réflexes.

Différentes catégories de malades chez lesquels les réflexes patellaires étaient normaux, abolis ou exagérés ont été le sujet des expériences des auteurs. Un myographe appliqué sur la partie moyenne de la cuisse était en communication avec un tambour enrégistreur de Marey. Il en était de même pour une mince ampoule de caoutchouc placée en avant de la partie qu'on devait percuter. Les auteurs ont aussi, au moyen du même dispositif, étudié chez une malade le réflexe cutané plantaire. Des expériences entreprises semblent découler les quelques considérations suivantes : 1° il peut y avoir contraction du quadriceps sans projection du pied en avant. Faut-il dire dans ces cas que les réflexes n'existent pas ! 2° on remarque que le temps écoulé entre la percussion et le début de la contraction musculaire varie suivant chaque sujet et semble augmenter chez notre hémiplégique à réflexes patellaires très exagerés ; 3° le temps écoulé entre le choc du marteau et le début de la contraction est le même, que l'on percute le tendon rotulien audessus ou au-dessous de la rotule, ou que la percussion porte sur le muscle lui-même, soit à sa partie inférieure, soit à la racine de la cuisse ; 4° il semble que la contraction qui fait suite à la secousse musculaire varie peu d'intensité dans les divers cas ; celle qui suit la percussion du tendon rotulien varie au contraire beaucoup chez les différents sujets.

Le réflexe cutané plantaire qui passe sûrement par les centres nerveux (25 centièmes de seconde) a donc un tout autre mécanisme que le réflexe patellaire 3 centièmes de seconde).

En résumé, il semble que le temps écoulé entre le choc et le début de la contraction musculaire soit le même que l'on percute le tendon du muscle lui-même à différentes hauteurs, alors que le réflexe cutané plantaire exige pour se produire un temps au moins huit fois plus long. Le réflexe patellaire et la secousse musculaire du quadriceps seraient donc de même nature. La différence des réactions musculaires dans les réflexes tendineux et les secousses musculaires chez les différents sujets tient peut-être à ce que dans le premier cas le muscle est tiraillé suivant la longueur même de ses fibres, dans le second à ce que le choc est transmis perpendiculairement à ses fibres. Les réflexes patellaires, qui ne seraient ainsi que des réactions musculaires, dépendraient de la tonicité du muscle, qui elle-même serait sous la dépendance de l'état du système nerveux.

Tumeurs gazeuses de l'abdomen.

M. Justin Lemaistre fait, sous ce titre, une communication très intéressante, concernant des tumeurs gazeuses survenues chez des névropathes. Dans deux cas, il y a eu intervention opératoire. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce travail.

Deux observations d'algidité centrale d'assez longue durée, chez deux paralytiques generaux.

M. Joffroy rappelle d'abord les principaux états morbides dans lesquelles on a noté de basses températures : athrepsie, sclérème des nouveau-nés, maladie bleue, urémie, intoxication alcoolique, attaques d'apoplexie, etc., et il insiste sur ce point que de nombreuses constatations de basse température ont déjà été faites soit chez des aliénés, soit chez des maniaques ou des mélancoliques atteints de diarrhée cholériforme, soit chez des déments, etc. Il donne ensuite le détail de ses deux observations relatives à des paralytiques généraux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un paralytique général, dont le diagnostic n'était possible que depuis peu de temps. Ce malade ayant eu une attaque apoplectiforme, on prit alors sa température rectale et l'on constata qu'elle n'était que de 35°3. Le lendemain, le malade étant resté dans le coma, la température resta au même chiffre de 35°3. Le surlendemain, la température rectale n'est plus au matin que de 27°2 et peu à peu elle descend à 25°5 pour se relever à 26° C. au moment de la mort survenue 58 heures après la première constation de l'algidité centrale.

La seconde observation est relative à un paralytique général paraissant classique, mais présentant (comme l'autopsie l'a montré), une syringomyélie gliomateuse. Ce malade étant alité fit des escharres et l'on constata alors que sa température rectale n'était que de 35°4. Progressivement et assez régulièrement la température s'abaissa les jours suivants jusqu'à 26° C. La mort survint le huitième jour après la première constatation de l'algidité centrale, sans coma, ni convulsions.

Ce dernier malade présentait dans le sang, examiné la veille de sa mort, des coli-bacilles de petites dimensions qui ont sans doute joué un rôle dans la production de l'algidité dont le facteur principal paraît devoir être surtout recherché dans les altérations du système nerveux.

Cette intéressante communication a été l'occasion d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Bourneville, Dupré, et Briand. Le premier a rappelé que, outre les cas *d'urémie* et *d'apoplexie cerebrale*, accompagnés d'un abaissement de la température, il a signalé une hypothermie très notable dans un *cas de refroidissement* durant l'hiver de 1870, un autre, dans un cas d'*ivresse comateuse*.

Note sur l'influence de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques professions insalubres sur la production des maladies chroniques du systeme nerveux chez les enfants (idioties, épilepsies, aliénation mentale.)

M. Bourneville —Ainsi qu'en font foi les *Comptes rendus* de notre service de Bicêtre de 1880 à 1900, nous prenons toujours grand soin de relever toutes les causes des maladies nerveuses et chroniques de l'enfance qui ont pour conséquence les différentes formes d'idiotie, d'imbécillité, d'arriération *intellectuelle* et *morale*. Nous procédons de même pour les différentes formes d'épilepsie, d'hystérie et d'hébéphrénie. Aujourd'hui, nous désirons appeler l'attention de nos collègues seulement sur trois de ces causes : la *syphilis*, l'*alcoolisme*, les *professions insalubres*.

1° *Syphilis héréditaire.* — Sur 2.702 observations de garçons atteints de maladies chroniques du système nerveux, nous n'avons relevé la syphilis des parents que dans 20 cas, soit un pour cent. Nous interrogeons les parents à part ; nos questions portent d'abord sur l'existence ou non, dans les antécédents, des manifestations spécifiques et ce n'est qu'ensuite que nous posons catégoriquement la question de

syphilis. Sur 482 filles atteintes des mêmes maladies, nous n'avons que deux cas de syphilis héréditaire avouée. La proportion est encore moindre dans ce second groupe.

Sur les 420 garçons présents dans le service, nous avons constaté 19 fois des *lésions dentaires*, susceptibles d'être rattachées à la syphilis héréditaire. De ces 19 cas, une seule fois nous avons relevé la syphilis chez l'un des géniteurs. Nous avons fait une révision avec notre ami, le Dr Hallopeau, sans parvenir à déceler la syphilis chez les parents. Comment expliquer cette rareté de la syphilis héréditaire comme cause de l'idiotie ou mieux des idioties ?

Les effets de la syphilis du père ou de la mère se traduisent d'abord par des fausses couches, puis par des enfants nés un peu avant terme, des enfants nés à terme, les uns et les autres deviennent d'ordinaire athrepsiques et meurent dans les premiers mois ou dans la première année de la naissance. Ultérieurement, la syphilis s'atténuant soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, les enfants survivent. Ils ne viennent dans les services spéciaux que si, à la suite de convulsions, de méningite, de maladies infectieuses, ils sont atteints d'idiotie, d'imbécillité ou d'arriération intellectuelle. Ces considérations nous paraissent expliquer le nombre très restreint des cas d'idiotie susceptibles d'être rattachés à l'hérédo-syphilis.

2° *Alcoolisme*. — Nous avons donné des renseignements détaillés sur cette cause des maladies nerveuses chroniques de l'enfance dans le n° 16 du *Progrès médical* de 1901 (p. 262). Nous nous bornons à rappeler que ;

36 % des pères de nos malades faisaient des excès de boisson : 3,1 % des mères ; 1.5 % des pères et mères ; soit 41,1 % ; que 41,1 % étaient sobres : que, pour le reste, nous manquons de détails précis.

Cette statistique, mise à jour à la date du 31 décembre 1990, complète et résume nos statistiques antérieures. Elle met nettement en évidence l'action néfaste de l'alcoolisme.

3° *Professions insalubres*. — Parmi les causes des idioties, des épilepsies, etc., figurent aussi, avec raison, certaines professions réputées insalubres exercées par les parents. Au premier rang, se placent celles dans lesquelles on manie la céruse, le mercure, le phosphore, le cuivre, etc. Nombreuses sont les observations dans lesquelles nous avons relevé cette étiologie.

Les discussions dont le blanc de céruse a été l'objet dans ces derniers temps au *Comité d'hygiène publique de France* (1) et dans la presse politique nous ont engagé à faire un relevé aussi exact que possible des cas des maladies nerveuses de l'enfance que nous venons d'énumérer, dans lesquelles il est possible d'invoquer l'action des professions insalubres.

Nous avons dressé des tableaux comprenant : le nom des enfants, les professions insalubres du père ou de la mère, ou des deux, le nombre des enfants décédés et vivants, enfin dans une dernière colonne les conditions étiologiques qui se surajoutent aux professions insalubres, *alcoolisme* et *syphilis*.

Nous ne vous lirons pas ces tableaux, nous ne demandons pas non plus leur reproduction dans les compte rendus du Congrès, nous nous bornerons à vous en donner le *résumé* (2).

1° Cette statistique montre que 87 familles ont fourni 420 enfants, soit près de 5 enfants par famille.

2° Sur ces 420 enfants, 220 sont décédés, soit une mortalité de 52 % ; sur ces 420 enfants, 200 ont survécu, soit une vitalité de 48 %.

3° Si au chiffre des 220 décédés nous ajoutons les 87 enfants idiots, épileptiques, etc., nous voyons que 73 % de ces enfants sont atteints mortellement ou gravement par les différentes professions insalubres exercées par les parents.

(1) Voir Bourneville, *Substitution du blanc de zinc au blanc de céruse* (*Progrès médical*, n° 10 de 1901, p. 163).

(2) On trouvera ces tableaux dans le *Compte rendu* de notre service pour 1900, qui doit paraître prochainement.

Au point de vue des « PROFESSIONS » les cas se répartissent ainsi :

Blanc de céruse.	
Peintres en bâtiments	36
Peintres décorateurs	4
Peintre en lettres	1
Peintres en voitures	3
Peintre en wagons	1
Peintre sur meubles en fer	1
Peintre sur émail	1
Peintre sur porcelaine	1
Tonnelier dans fabrique de blanc de céruse	1
Imprimeurs sur papiers peints	2
Phosphore.	
Allumettes	1
A reporter	52
Report	52
Mercure.	
Chapeliers	5
Fouleurs, approprs de peau	4
Miroitiers	4
Cuivre.	
Doreurs	4
Mouleurs en cuivre	7
Poussières	
Tourneurs sur cuivre	5
Tabacs	2
Plumassiers	3
Essence de térébenthine.	
Nacrier	1
Vernisseuse	1
Total	87

Le TABLEAU SUIVANT *montre les diverses affections auxquelles ont succombé les enfants :*

Fausses couches	30
Mort-nés	23
Convulsions	43
Méningite	34
Diarrhée	12
Athrepsie	4
Tuberculose pulmonaire	13
Broncho-pneumonie	12
Croup	6
Variole	4
Diphthérie	3
Coqueluche	4
Rougeole	3
Cholérine	2
Carreau	1
Maladies diverses et inconnues	26
	220

Une mère et 2 pères étaient atteints de syphilis, Enfin sur ces 87 familles, 58 pères faisaient des *excès de boisson* (55 p. %).

Ces statistiques doivent en provoquer d'autres pour arriver à des conclusions plus fortement motivées. Telles qu'elles sont, elles nous ont paru intéressantes non seulement au point de vue *clinique*, mais encore au point de vue *social*, Les dangers de la *syphilis*, de l'*alcoolisme*, de *saturnisme*, des *professions insalubres* ressortent nettement de nos statistiques. Elles montrent la nécessité qui s'impose aux hommes ayant la mission de veiller à la santé publique, de prendre les mesures nécessaires, urgentes, pour atténuer dans la plus large mesure possible les causes de dégénérescence sur lesquelles nous avons essayé d'appeler l'attention.

Un cas de double désuggestion.

M. Paul FAREZ. — M. X..., littérateur de talent, est devenu le jouet d'une femme du monde qui, par passe-temps, s'amuse à l'endormir à volonté, en le touchant avec le doigt en un point déterminé de la nuque (point hypnogène créé par suggestion). Revenu à l'état de veille, M. X... ne sait même pas que cette femme l'a hypnotisé ; encore moins connaît-il le procédé employé. Toutefois, après les visites de cette femme il constate dans sa propre existence des lacunes, des vides, comme des « trous à l'emporte-pièce » ; en outre il éprouve un malaise général et des douleurs de tête. Dès que je l'ai hypnotisé, il retrouve le souvenir de ce qui s'est passé dans les sommeils antérieurs, mais il refuse de m'en rien révéler, car cette femme le lui a formellement interdit et, même, toujours pendant qu'il dormait, elle lui a fait donner sa parole d'honneur qu'il ne raconterait à personne ce qui se passait entre eux. Toutefois, comme je puis très facilement et très vite plonger M. X... dans un sommeil profond, je m'applique à lui faire des suggestions intenses dans le but de neutraliser et d'annihiler l'influence de son hypnotiseuse.

Or, mes tentatives, bien que fréquentes, sont inefficaces ;

je sens que je me butte à une force qui s'est solidement emparée de la place. S'ensuit-il qu'un homme ainsi asservi par une suggestion étrangère ne puisse plus en être affranchi et doive rester rivé à son esclavage ? Je refuse de considérer mon impuissance comme définitive. Alors, au lieu de lutter en face, corps à corps, je m'applique à découvrir le procédé employé pour hypnotiser M. X. à son insu. Cette tâche fut très longue et pleine de difficultés de toutes sortes. Pour obtenir cette confession, j'ai dû harceler M. X. le serrer de près, le presser de questions, le soumettre à un véritable interrogation de juge d'instruction, l'amener à se contredire, surprendre des demi-aveux. lui tendre des pièges, multiplier les biais et les détours. Mais, j'ai été récompensé de ma peine. car je suis parvenu à reconstituer, dans tous ses détails. l'histoire de cet asservissement. J'ai ainsi appris que M. X. était hypnotisé, sans s'en douter, par le moyen décrit plus plus haut. Dès lors, je n'ai plus besoin de contrecarrer la suggestion de cette femme. Je me borne à suggérer l'anesthésie complète des régions qui correspondent au point hypnogène dont il s'agit. Au réveil. j'y enfonce une épingle et je constate non seulement l'analgésie, mais l'anesthésie véritable. A partir de ce moment, le procédé de cette femme, jusqu'alors infaillible. devient inefficace. J'avais eu soin, par surcroît, d'employer la suggestion à rendre M. X. réfractaire à toute manœuvre nouvelle qu'elle tenterait pour le ressaisir.

Restait un autre esclavage, également féminin. Dans un but de dynamogénie psychique. afin de lui rendre son travail plus facile et plus fécond. Mme X... suggestionnait son mari pendant que ce dernier dormait de son sommeil normal. Mais elle ne tarda pas à abuser de son pouvoir. Elle lui extorque les confidences les plus intimes et lui fait raconter ses moindres faits et gestes : elle lui suggère des antipathies, des paralysies, etc. Non seulement elle lui défend de fréquenter chez tels de leurs amis, mais elle le met dans l'impossibilité physique d'y aller. En effet, dès qu'il se trouve au bas de l'escalier interdit. il se sent cloué sur place. ses jambes lui refusent tout service et il ne peut pas gravir un seul degré. Ignorant à l'état de veille les machinations de sa femme. ne sachant à quoi attribuer cette impotence des jambes, il est très inquiet de sa santé et se croit gravement atteint. Je l'interroge pendant son sommeil hypnotique. Comme, de ce côté, on n'a pas pris la précaution de suggérer ou de faire promettre le silence. j'apprends tout de suite par quels moyens Mme X... transforme en sommeil hypnotique le sommeil naturel de son mari. les suggestions qu'elle lui fait. et les violations morales qu'elle lui inflige. Je n'ai pas grand peine à prémunir M. X... contre toute tentative de ce genre dont il pourrait encore être l'objet de la part de sa femme.

Ainsi, dans ce cas. comme dans beaucoup d'autres, la suggestion hypnotique évoque des phénomènes cachés dans la subconscience et que la veille ignore ; elle dévoile l'étiologie de certains faits obscurs ou incompréhensibles et, dès lors, les fait disparaître ou en prévient le retour. D'une manière générale, elle combat la suggestionnabilité morbide. elle restaure la volonté déchue. elle rend aux malades désemparés la maîtrise d'eux-mêmes, faisant, en somme, une œuvre d'immunisation psychique et d'orthopédie mentale.

La lécithine dans la thérapeutique des affections du systeme nerveux.

M. P. Hartenberg (de Paris). — Depuis quatre années. M. Hartenberg a expérimenté la lécithine dans le traitement des affections du système nerveux. Le produit est retiré du jaune d'œuf, conservé dans une solution de chlorure de sodium, et employé en injections hypodermiques. Sur 24 malades ainsi traités. il y avait 1 tabes, 1 paralysie générale, 4 psychoses. 6 tics. obsessions, phobies, etc., qui ont tous été améliorés ; puis 8 neurasthéniques, dont 5 ont été guéris et 3 améliorés : enfin 6 hystériques. dont 5 ont été guéris et 1 amélioré. De l'ensemble de ces expériences, M. Hartenberg tire les conclusions suivantes :

1° La lécithine est toujours inoffensive ;

2° On peut l'employer. sans inconvénients, en injections hypodermiques, à doses assez élevées, telles que 1 gramme par jour :

3° Dans les affections du système nerveux, son action thérapeutique paraît porter beaucoup plus sur la nutrition générale que sur le tissu nerveux en particulier : c'est seulement en relevant l'état général du malade que la lécithine améliore l'état nerveux. Elle ne saurait donc être considérée comme un médicament spécifique du système nerveux.

(*A suivre*).

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOGRAPHIE

Rédacteur spécial : L. R. REGNIER.

ÉLECTROTHÉRAPIE.

I. — **L'électricité à la portée de tout le monde**, par Georges Claude, édité par le *Mois scientifique et industriel*, 1901.

Le but de cet intéressant volume de 330 pages, illustré de nombreuses figures, est de faire comprendre à tous ceux qui ne sont pas des physiciens les effets de l'électricité. et l'auteur l'a parfaitement atteint. Le chapitre premier est consacré aux piles et aux courants qu'elles engendrent, le second à la mesure des phénomènes électriques, le troisième à quelques considérations pratiques sur les piles usuelles et les moyens d'éviter. dans la mesure du possible, la *polarisation* qui les empêche de fonctionner.

Dans le quatrième, il est parlé de la résistance des corps au passage des courants et des lois d'Ohm: dans le cinquième, de la puissance de ceux-ci ; dans le sixième et le septième. sont utilisées ces deux notions pour expliquer le fonctionnement des piles et les façons d'en accoupler les éléments. Le huitième fournit les principes des instruments de mesure. le neuvième, les éléments d'appréciation pour l'éclairage domestique par l'électricité. Le dixième et le onzième sont consacrés à l'électrochimie et à ses applications industrielles. Les douze derniers traitent de l'importante question du magnétisme. des appareils auxquels il a donné naissance : bobines de Ruhmkorff, dynamos ; des courants induits, continus, alternatifs. à haute fréquence. des rayons X. du télégraphe avec ou sans fil. du téléphone, du télégraphone. de la radiographie.

Beaucoup de descriptions contiennent d'ingénieuses comparaisons des courants électriques avec les courants hydrauliques qui rendent les phénomènes plus faciles à saisir, même pour ceux qui, comme les médecins. ont quelques notions de physique.

On reconnaît à ces comparaisons la methode d'exposition si claire du professeur d'Arsonval. des publications duquel l'auteur semble s'être inspiré, ce dont nous ne pouvons que le féliciter.

II. — **System of physiologic therapeutic**. par Cohen. **Tomes I et II électrotherapy**, par Jacobi. P. Blakiston et fils. Philadelphie, 1901.

Ces deux volumes sont le commencement d'une série qui. sous son nom générique de « Système de thérapeutique physiologique » comprendra 11 beaux volumes in-8°. particulièrement soignés au point de vue typographique, ainsi que nous en pouvons juger par les deux premiers. Si la série continue comme elle a commencé, le fond sera aussi brillant et aussi solide que la forme.

Ainsi que le dit M. Salomon Solis Cohen dans sa préface. ces livres, surtout destinés aux praticiens et aux étudiants. ne sont pas des encyclopédies. Mais les théories et les principes y sont brièvement et clairement exposés. tandis que les descriptions des méthodes de traitement. leurs indications et contre-indications sont clairement et largement traitées pour que le praticien qui veut les employer soit complètement et explicitement renseigné. Cohen range sous l'étiquette de thérapeutique physiologique l'emploi de tous les agents qui ne sont pas à proprement parler des

QUESTIONS DU JOUR

Assistance, traitement et éducation des enfants arriérés et nerveux.

Les enfants *normaux* malades ont été l'objet de créations multiples. Par exemple, pour les enfants scrofuleux, rachitiques, tuberculeux, on construit chaque année des sanatoria. Mais, les enfants réputés *anormaux* sont moins bien partagés, surtout ceux qui composent le groupe le plus considérable, les *idiots intellectuels et moraux* (pervers et instables). Il ne se passe pas de jour sans que les feuilles politiques n'enregistrent des actes délictueux commis par eux ou dont ils sont les victimes : beaucoup d'« enfants martyrs » sont des malades au point de vue mental ou moral

La *Petite Gironde* du 11 septembre, sous ce titre : *L'odyssée d'une fillette*, raconte que Madeleine Chauvet, âgée de 11 ans, avait été confiée par le directeur de l'hospice de la Rochelle à une ménagère de Croix-Chapeau, que celle-ci l'ayant envoyée faire une commission à l'extrémité du village elle ne revint plus. Après recherches, on découvrit l'enfant rôdant sur la route de Dompierre. *Elle ne paraît pas jouir de toutes ses facultés intellectuelles.*

Le même journal, parlant des affaires jugées à l'audience correctionnelle d'Angoulême, cite deux cas analogues. Le premier concerne un enfant de treize ans, domestique, qui avait placé des tas de pierres sur la voie errée au pont du Chemin-Vert. « Cet enfant a l'aspect inintelligent, répond à peine à l'interrogatoire ; c'est un petit malheureux qui n'a pas compris certainement la gravité de son acte. » Le second cas se rapporte à un enfant de *neuf ans* qui, lui, depuis plusieurs années déjà, a la manie du vol. Il comparaît pour un nouveau délit.

Ces trois faits prouvent la nécessité d'hospitaliser les enfants anormaux. La fillette était une proie qui s'offrait sans défense à la lubricité. Le premier garçon a failli causer un accident de chemin de fer qui, fatalement, aurait fait des victimes. La manie du vol (kleptomanie) du troisième peut aboutir à des crimes contre les personnes. Multiplier ces faits serait facile.

Aujourd'hui, grâce à l'active propagande faite par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, depuis bientôt 25 ans, la question prend corps, malheureusement plus à l'étranger, où ses travaux sont appréciés, qu'en France, où, cependant, est né le système de traitement et d'éducation de ces enfants déshérités. Aux médecins qui, jusque dans ces derniers temps, étaient seuls à s'en occuper, se sont ajoutés quelques pédagogues instruits. Et la situation des enfants anormaux (idiots, imbéciles, arriérés, etc.) a été l'objet de rapports très intéressants, de discussions sérieuses au *Congrès de la Ligue de l'enseignement*, aux *Congrès internationaux d'Assistance publique* et de *Psychiatrie*. A ces enfants, victimes de l'hérédité nerveuse (1) ou spécifique, de l'alcoolisme ou des accidents de la grossesse et de l'accouchement, la société doit venir en aide, d'abord parce qu'ils sont incapables de subvenir à leur existence, sont dans leur famille une occasion de trouble, une lourde charge ; puis, parce que leur maladie les pousse à commettre des actes délictueux, ou qu'ils peuvent être des instruments de crimes pour des criminels, ou enfin servir inconsciemment à assouvir les passions de brutes, d'où grossesse et nouvelle charge pour la société. Il faut donc hospitaliser ces enfants, et l'argent consacré à leur hospitalisation sera, certes, mieux employé qu'en frais de justice, de prison et de correction.

Mais il y a encore mieux à faire pour eux. On doit les soigner, les traiter, les éduquer. Ce n'est que par exception que les plus profondément frappés sont incurables. La plupart sont susceptibles d'amélioration à des degrés divers, même jusqu'à l'état normal. L'expérience l'a démontré.

A l'appui, laissant de côté ce qui se fait à l'étranger, il suffira de rappeler à grands traits la pratique de la section des enfants de Bicêtre pour les familles pauvres et de l'**Institut médico-pédagogique**, à Vitry-sur-Seine, près Paris, pour les familles riches.

Prenons, comme exemple, un enfant des plus malades, malpropre, ne marchant pas, incapable de s'aider de ses mains, par conséquent de manger, de se laver, de s'habiller seul, ne prononçant aucun mot, et voyons ce qu'en fera le *Traitement médico-pédagogique*.

Par une observation attentive de ses besoins, et en le plaçant à des heures régulières sur le vase, on le rend propre. Avec les exercices de la balançoire-tremplin, des barres parallèles, on lui apprend à se tenir debout. Avec le chariot ou en le tenant sous les bras, on parvient à le faire marcher. Arrivent alors les exercices des échelles et des ressorts, (*l'éducation de la main*), qui le préparent à apprendre à se déshabiller, à l'habiller, à se laver la figure et les mains, à employer la cuillère, la fourchette et le couteau.

Notre enfant a fait, alors, de grands progrès, puisqu'il est propre, marche seul, sait s'habiller, se nettoyer et manger seul : il n'a plus besoin d'être aidé, il suffit à ses besoins immédiats. Tous les procédés dans ce but sont complétés par le *massage*, les *frictions stimulantes*, les *bains* et l'*hydrothérapie*, sans compter les médications appropriées à chaque cas. L'éducation du *toucher*, de la *main* est accomplie. Il faut maintenant passer à l'*éducation des autres sens* et de la *parole*. L'énumération des moyens mis à contribution serait trop longue. Mentionnons seulement les projections à la lumière oxydrique des lettres de l'alphabet, des chiffres, des figures géométriques, d'images graduées d'animaux ou d'objets divers.

La parole commençant à se développer, l'enfant pouvant *nommer* les personnes et les objets usuels, on passe aux *leçons de choses* portant sur les différentes parties du corps, de l'habillement, sur le mobilier du dortoir et du réfectoire, sur les aliments, etc. Ensuite ont lieu les leçons, à Bicêtre, dans les jardins, à l'*Institut médico-pédagogique*, dans les jardins et le parc. Pour faciliter ces leçons de choses, les fleurs, les arbustes, les arbres, les carrés de légumes, etc., sont pourvus d'*étiquettes* nominatives. Un *tableau roulant* permet au maître de compléter les explications.

Au point où nous sommes, nous n'avons plus affaire à l'*être végétatif* du début, mais à un enfant qui s'élève d'échelon en échelon vers l'état normal. C'est alors que viennent les notions d'*instruction primaire* où prédomine toujours l'enseignement objectif. Chaque jour il y a une leçon de *chant*. Aux exercices physiques s'ajoutent la gymnastique des mouvements, aux échelles convexes, horizontales, avec les haltères, etc., la *danse*, et plus tard, *l'escrime*.

Les *jeux*, sous des formes variées, les *promenades*, des *conférences* avec *projections*, contribuent à développer l'intelligence des enfants. Enfin notons l'*enseignement manuel :* menuiserie, serrurerie, typographie, brosserie, vannerie, paillage, cannage, cordonnerie et couture.

Pour certaines catégories, on a recours aux frictions, au massage, aux exercices des jointures. Tous les enfants prennent d'un bout de l'année à l'autre un ou deux grands bains et un bain de pied par semaine, des douches d'avril à novembre et un certain nombre pendant toute l'année.

C'est à l'ensemble de ces procédés, complétés par le *traitement moral*, que M. Bourneville donne le nom de TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE. Il doit être institué dès qu'on a constaté les premiers signes de l'arriération intellectuelle ; on ne redresse pas un vieil arbre. Comme il s'agit là de *malades*, le rôle du médecin, dans les établissements de ce genre, qui devraient porter le nom d'*asiles-écoles*, est naturellement prédominant. Les instituteurs, les chefs d'ateliers, auxiliaires indispensables, doivent se guider d'après les observations médicales. Il faut que les enfants soient occupés et surveillés depuis le lever jusqu'au coucher.

Grâce à sa méthode, le Dr Bourneville enregistre chaque année des résultats remarquables et à Bicêtre et à l'*Institut médico-pédagogique*. Ce dernier établissement, situé au milieu d'un parc superbe, dans des conditions hygiéniques parfaites, reçoit des enfants indisciplinés, nerveux, instables, choréiques, hémiplégiques ou enfin des enfants atteints d'*accidents convulsifs*. Ils sont répartis par catégories, selon leur maladie et leur sexe.

Des renseignements sommaires qui précèdent, il résulte que les familles fortunées qui ont la douleur d'avoir des enfants arriérés ou nerveux sont en mesure, par un traitement médico-pédagogique bien dirigé et suffisamment prolongé, d'obtenir l'amélioration et même la guérison de leurs malheureux enfants ; c'est là une véritable consolation. Il en résulte aussi que, en ce qui concerne les enfants des familles pauvres ou peu aisées, chaque département a le devoir de créer pour eux des asiles-écoles ; c'est là une réforme qui s'impose en France, si nous ne voulons pas rester plus longtemps en arrière des autres pays civilisés.

Dr FREEMANN.

(1) L'influence de l'*hérédité* est incontestable. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les observations insérées dans les 20 volumes des Comptes rendus de Bicêtre. Mais il est certain qu'elle peut être atténuée, sinon tout à fait supprimée, dans un certain nombre de cas, par une médication, une hygiène et une éduction appropriées.

drogues et dont la plupart exercent une action ordinaire et plus ou moins continue sur l'organisme bien portant. La rédaction des volumes qui concernent chacun de ces agents a été confiée à un auteur particulièrement compétent. Les deux volumes de l'électrothérapie sont de M. Jacobi, aidé de MM. Edward Jackson, William Scheppegrel, Chalinenda Costa, Franklin, H. Martin et Ohmann-Dumesnil. Les deux de la climatologie de M. Parkes Weber et Guy Himdale. La prophylaxie, l'hygiène personnelle, l'alimentation et les soins aux malades seront rédigés par MM. Harold C. Ernst, et Albert Abrams ; la diététique par Nathan S. Davis, la mécanothérapie par Kearsley Mitchell et Luther Gulick ; l'hypnotisme, la thérapeutique mentale et la suggestion par Francis X. Dercum. Winternitz et Henri Kinh traiteront les questions d'hydrothérapie, thermothérapie, photothérapie et balnéologie ; notre ami Teissier rédigera la pneumothérapie et les méthodes d'inhalations. Enfin la sérothérapie, l'organothérapie, la saignée et les principes de thérapeutique seront confiés à MM. Marc Farland, Frédéric Packard, Blakinton et Aug. Eshner. Les deux premiers volumes qui sont, ainsi que nous l'avons dit, consacrés à l'électrothérapie, se distinguent par la clarté et la simplicité de l'exposition.

Le tome premier est tout entier consacré à la physique électrique et à la description des appareils utilisés en électrothérapie. Les renseignements qu'il donne sont très complets et très pratiques, et bien qu'ils ne renferment rien de nouveau ils sont intéressants à lire par la manière dont les sujets sont traités.

Dans le tome II, se trouvent rassemblées l'électrophysiologie et l'électrothérapie. L'action des divers courants, faradique, galvanique, sinusoïdaux, à haute fréquence, est exposée d'après les travaux de Erb Remak, Duchenne, d'Arsonval, avec ses conséquences pour le diagnostic et la thérapeutique. La partie physiologique se termine par un chapitre relatif aux accidents causés par les courants électriques et au mécanisme de la mort qu'ils provoquent quelquefois. La question de l'électrodiagnostic a reçu d'importants et utiles développements. L'électrothérapie commence par un bon historique, suivi des considérations générales nécessaires sur l'application des diverses modalités électriques employées soit seules, soit associées, le choix des courants, la durée et la fréquence des séances, le dosage de l'électricité, les effets produits. L'auteur entre ensuite dans la thérapeutique spéciale aux diverses affections des nerfs, des muscles, des articulations, des centres nerveux cérébraux et spinaux, des névroses.

Le chapitre suivant est relatif aux maladies des organes du thorax et de l'abdomen, intestin et estomac. Dans l'appendice qui suit celui-ci, nous trouvons l'emploi de l'électrolyse, de la cataphorèse et de la radiothérapie, l'usage de la lumière électrique en chirurgie. Puis les applications particulières aux maladies des yeux, des oreilles, de la gorge et du nez, de l'utérus et de ses annexes et des maladies de la peau.

Bien que cette classification ne soit pas, à notre avis, idéale, c'est celle qui est encore adoptée par la grande majorité des auteurs. Elle a pour elle l'avantage de la clarté et, si elle ne permet pas de réunir ensemble certaines manifestations pathologiques qui, envisagées à un point de vue plus élevé, se tiennent entre elles non par la diversité des systèmes organiques qu'elles frappent, mais par l'unité de la cause, il est bien certain qu'elle permet cependant de donner aux praticiens les renseignements dont ils ont besoin, et c'est à notre avis son seul mérite. Nous ne pouvons reprocher, dans ces conditions, à M. Jacoby de l'avoir suivie et son œuvre n'en est pas moins fructueuse à consulter tant pour les praticiens que pour les spécialistes. Son seul défaut pour beaucoup de Français sera qu'elle est écrite en anglais, et par cela même impossible à lire pour eux.

III — **Etude clinique sur le traitement des fibromes utérins par la métohde d'Apostoli, et en particulier sur ses résultats éloignés**, par le Dr LAQUERIERE. (Alcan, 1900.)

Dans cette importante monographie, l'auteur expose à nouveau la méthode bien connue de son maître, et l'outillage électrique nécessaire, ainsi que le manuel opératoire, la posologie, les résultats tels qu'ils ressortent des dernières publications d'Apostoli sur ce sujet. Anatomiquement, l'arrêt de croissance s'observe dans 70 % des cas, la diminution de volume dans 10 à 20 %, mais elle n'aboutit jamais ou presque jamais à la disparition complète, elle est d'autant plus fréquente que le fibrome est plus interstitiel. La méthode produit une mobilisation de l'utérus et du fibrome qui peut faciliter l'opération, si à un moment donné elle est jugée nécessaire.

Symptomatiquement, les hémorrhagies sont arrêtées dans 80 à 90 % des cas, les douleurs menstruelles ou intermenstruelles s'atténuent dans 70 % et dans la même proportion se fait le relèvement de l'état général : enfin, chez un grand nombre de malades on voit disparaître la constipation et les troubles urinaires.

Mais il faut éviter d'employer cette méthode quand on a à craindre une dégénérescence maligne, la torsion d'un pédicule ou le sphacèle d'une portion du tissu, en cas de kyste de l'ovaire concomitant ou de fibrome kystique. Les résultats présentent une persistance remarquable et la récidive est l'exception quand le traitement a été bien appliqué et suffisamment prolongé.

IV. — **L'Electricité et la thérapeutique moderne**, par Ch. CHARDIN. (Maloine, 1901.)

Ce petit volume, plein d'humour et d'idées originales, est divisé en six parties. Dans la première, l'auteur s'ingénie à prouver l'innocuité des courants électriques employés en médecine. Dans la seconde, il explique la part qu'il a prise dans le mouvement électro-thérapique contemporain : dans le troisième, le principe sur lequel il se base pour définir le rôle de l'électricien en thérapeutique : les trois dernières sont l'application de ce point de départ. Ecrit de bonne foi et avec verve, cet opuscule contient, à côté de quelques inexactitudes, beaucoup de vérités.

V. — **La chaleur radiante lumineuse, agent thérapeutique**, par le D. GUYÉNOT. (A. Maloine, édit. 1901).

Cette brochure de 50 pages, avec trois planches hors texte, est un éloquent plaidoyer en faveur des appareils à bains de lumière de l'ingénieur Dowsing. Dans son introduction, l'auteur fait un court résumé historique des applications de la chaleur où les autres appareils à chaleur radiante lumineuse ne figurent pas, puis une comparaison entre les diverses étuves sèches et humides. Viennent ensuite quelques très claires notions de physique sur la chaleur radiante lumineuse, puis la description des appareils Dowsing. Il termine par un intéressant et clair exposé de l'action physiologique et des indications thérapeutiques de ce procédé d'électrophotothérapie.

RADIOGRAPHIE

I. — **Les rayons de Rœntgen et le diagnostic des affections thoraciques**, par le Dr A. BECLÈRE, médecin des hôpitaux, 1 vol. des actualités médicales. (J-B. Baillière et fils. 1901).

Ainsi que le dit l'auteur dans sa préface, si nombre de médecins connaissent l'aide apportée à la recherche des corps étrangers métalliques et au diagnostic des lésions osseuses ou articulaires par la merveilleuse découverte de Röntgen, ils ignorent encore ou ne connaissent pas suffisamment les services qu'ils peuvent lui demander dans le diagnostic des affections viscérales.

Et cependant, il y a grande utilité pour eux à connaître ces ressources. L'œuvre de Beclère les renseignera complètement à ce sujet, car il a réuni tout ce que nous avaient appris sur ce sujet les nombreux travaux auxquels ces recherches ont donné naissance et il y a joint l'appoint de son expérience personnelle qui est considérable.

Dans l'introduction, il passe d'abord en revue les différents procédés de mise en œuvre des rayons X, examen radioscopique, radiographie simple, cinémato-radiographie et

radiographie stéréoscopique, et montre que de tous ces procédés l'examen radioscopique est en même temps le plus simple et celui qui convient le mieux au médecin. Il explique ensuite les divers modes d'examen du thorax,les conditions de variation des images et celles que doivent remplir les instruments. le sujet examiné et l'opérateur pour que que l'examen porte tous ses fruits. Le premier chapitre est consacré à l'étude du médiastin. Nous voyons d'abord la description de ses images normales, puis les modifications que leur apportent les affections des organes qui y sont contenus, cœur, gros vaisseaux, œsophage, trachée, grosses bronches et ganglions lymphatiques. Le second chapitre est consacré aux déplacements du médiastin permanents ou momentanés et leur importance au point de vue du diagnostic des lésions des organes qu'il contient et de ceux du voisinage.

Dans le troisième, nous trouvons les premières modifications que donne l'examen radioscopique des poumons dans ses affections et celles des bronches. Le quatrième traite de la plèvre et des pleurésies, sèches ou avec épanchement, du pneumothorax, des pleurésies diaphragmatiques interlobaires, médiastines, des fistules thoraciques.

Dans le cinquième sont réunis tous les renseignements relatifs au diaphragme et aux modifications pathologiques de sa forme et de ses mouvements ; ceux qui concernent les mouvements des côtes forment le sixième.

Orné d'excellentes figures, ce petit volume sera précieux à consulter tant pour les médecins qui emploient eux-mêmes la radioscopie que pour ceux qui préféreront recourir à l'aide du spécialiste. Ces derniers y verront dans quels cas il peut les aider à établir un bon diagnostic à l'aide de ce moyen particulier d'exploration. — L.-R. Régnier.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique des maladies du système nerveux, par le Pr Raymond, 1 vol. de 678 pages, chez O. Doin, 1901.

Le Pr Raymond vient de publier la 5e série de ses leçons cliniques professées à la clinique Charcot de la Salpêtrière. Un malade examiné devant les élèves, son diagnostic discuté et raisonné avec comparaison avec d'autres malades, une démonstration histologique lorsque le sujet le comporte, une bibliographie française et étrangère des plus complètes, font de chaque chapitre une véritable monographie. Se trouvent ainsi traitées l'épilepsie partielle motrice et sensitive, la méningite tuberculeuse en plaques, les lésions des tubercules quadrijumeaux, la paralysie asthénique d'Erb, les troubles de la sensibilité dans le tabes et la syringomyélie, l'aphasie hystérique, la sclérodermie, la compression médullaire, les formes anormales de la sclérose en plaques, les équivalents psychiques de l'épilepsie. Par ce choix aussi judicieux des sujets, on aborde toutes les parties du système nerveux, les névroses avec l'aphasie hystérique, les lésions cérébrales avec l'épilepsie sensitive et les tumeurs de la base de l'encéphale, enfin certaines maladies telles la sclérodermie et le rhumatisme chronique de la pathologie nerveuse. Ces leçons, éditées avec luxe, illustrées de plusieurs figures et schémas, exposent ainsi avec clarté les problèmes les plus nouveaux de la neuropathologie ; elles prouvent avec quel zèle et quelle autorité le professeur se consacre à son enseignement de la Clinique de la Salpêtrière. R. Cestan.

Manuel de diagnostic médical, sous la direction de MM. Debove et Achard (2 vol. rel. de 600 p. chaque, Paris, Rueff, éd. 1899 et 1900.)

Deux beaux vol. in-4°, groupant sous les noms autorisés de MM. Debove et Achard, de nombreuses collaborations. Après une courte préface des deux chefs de file, on distingue 6 parties dans chaque volume.

Tome I. 1re partie : éléments généraux du diagnostic médical, par *Pierre Boulloche* ; 2e partie : habitus extérieur, décubitus, facies, attitudes dans la station, troubles de l'équilibre et de la marche, etc. par *A. Sallard* ; 3e partie : examen de la peau et de ses dépendances, par *E. Jeanselme* ; 4e partie : exploration physique des diverses régions du corps, dont : l'inspection et mensuration, tête, cou, thorax, colonne vertébrale et l'abdomen, par *Marcel Labbé* ; dont les membres, par *Paul Londe* ; dont la palpation, percussion, stethographie et cardiographie, auscultation, phonendoscopie, rayons de Roentgen, radiographie, fluoroscopie, par *A. Létienne*. La 5e partie comprend l'exploration des cavités muqueuses : l'examen du nez, oreilles, larynx, par *M. Boulay* ; l'examen de la bouche, du pharynx, et de l'œsophage par *Jules Renault* : l'exploration de l'estomac par *M. Soupault* ; l'examen de la muqueuse génitale par *P. Dalché*. Dans la 6e partie, nous trouvons l'examen des sécrétions et excrétions, soit : l'expectoration, par *Louis Fournier*, les matières fécales par *Fernand Bezançon*, les urines par *Léopold Lévy*, etc.

Le tome II. commence par la 7e partie, ou l'examen du sang, par *R. Bensade*. La 8e partie comporte : examen des épanchements pathologiques, dans les cavités séreuses (plèvre, péricarde, péritoine, séreuse arachnoïdienne, séreuses articulaires) par *P. Sainton*, dans les cavités kystiques (kystes hydatiques, kystes de l'ovaire, hydronéphrose) par *F. de Grandmaison*. La thermométrie clinique est traitée dans la 9e partie par *I. Bruhl et R. Bensaude*, et l'examen du pouls (10e partie), par *E. Phulpin*. Dans la 11e partie, *A. Laffitte* examine les troubles de la respiration, et ***H. Mendel***, les troubles de la voix. Enfin la 12e et dernière partie, expose en détail le diagnostic des troubles nerveux : c'est l'examen des fonctions psychiques, par *J. Roubinowitch* ; de la sensibilité, par *Jules Sottas* : de l'appareil visuel, par *Ch. Sauvineau* : de la motilité, par *P. Sainton* : c'est l'électro-diagnostic, par *E. Huet* ; c'est la recherche des localisations nerveuses, par *H. Lamy* ; c'est, en dernier lieu, dans un appendice de 15 pages, le diagnostic de la simulation, par *L. Catrin*.

Notre opinion. N'affirmons pas que nous avons lu, ruminé, digéré ce gros ouvrage, complètement et y compris tous les diverticulums de valeur inégale. Mais nous l'avons étudié avec assez de conscience, pour tirer de l'analyse de ces deux volumes des conclusions très élogieuses. La multiplicité des collaborateurs favorise la lecture de ce très grand manuel, en offrant au patient bibliographe une diversité de jeunes talents, avec leurs dons d'exposition et leur savoir varié quoique également appréciables. Il se dégage d'une direction commune, la clarté, la concision, et un besoin de didactique, qui assurent au « *Manuel de diagnostic médical* » une longue existence. Car ce dont le médecin a besoin, durant toute sa vie professionnelle, ce n'est pas de narrations cliniques, brillantes mais éphémères par manque de substratum solide : le praticien réclame à tout moment de retrouver groupés tous les moyens positifs qui lui permettent, en étayant l'observation, d'établir un diagnostic ferme. C'est l'avantage de l'œuvre de MM. Debove et Achard de fournir à l'étudiant l'état détaillé de nos moyens d'investigations, et au médecin qui exerce, l'occasion permanente (si ces deux mots s'accordaient) d'être toujours à la hauteur de son rôle. Ajoutons pour les amateurs de belles bibliothèques que l'édition de ces deux in-4° est plutôt luxueuse et que chaque volume comporte respectivement 148 et 182 figures, dont 9 en couleur.— Paul Cornet.

FORMULES

IX. — Contre les gastrorrhagies.

Ergotine Bonjean	4 gr.
Acide gallique	0 gr. 50
Extrait thébaïque	0 gr. 10
Sirop de térébenthine	30 gr.
Eau de tilleul	120 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures et dans l'heure intercalaire une cuillerée à soupe de :

Eau de Rabel	3 gr.
Eau distillée	1000 gr.

(A. Robin.)

VARIA.

L'Ecole de cuisine pour médecins.

Le *Journal* du 7 août, à propos de l'idée émise par Mme Hedwig Heyl sur la nécessité de mieux faire connaître aux médecins les règles de l'alimentation, cite l'anecdote suivante :

Il paraît que l'idée de Mme Hedwig Heyl, de Berlin, n'est pas nouvelle. Elle faisait partie du bagage de nouveautés que s'était composé le regretté maître en thérapeutique française, Dujardin-Beaumetz. L'original docteur enseignait que tout docteur en médecine doit connaître, au moins théoriquement, les préceptes et les secrets de la cuisine pour se rendre compte des substances qui entrent dans la confection des mets, ne fût-ce d'abord que pour en interdire au besoin la consommation aux malades traités par leurs soins. Il y a même une « colle » favorite du maître que ses élèves citent volontiers. A l'hôpital, au lit d'un malade, il lui arrivait de s'interrompre pour demander à brûle-pourpoint à l'assistant : « Voulez-vous me dire, monsieur, comment on prépare le fricandeau à l'oseille ? » On riait. Mais le professeur, gravement, reprenait la parole et démontrait, par des arguments péremptoires, la nécessité pour les médecins de connaissances culinaires suffisamment étendues. On voit que la Berlinoise, Mme Hedwig Heyl, n'a fait que réaliser une idée médicale toute parisienne.

Cette boutade de Dujardin-Baumetz s'applique à une nécessité reconnue de tout temps. Hippocrate a écrit un livre de diététique, et naguère nous publiions une longue analyse d'un ouvrage de ce genre de notre distingué collaborateur P. Cornet (1).

La détermination des sexes.

Au Congrès zoologique qui vient d'avoir lieu à Berlin, l'étude de la détermination des sexes a eu une place importante à l'ordre du jour. Le professeur Schenk, de Vienne, qui, on le sait, soutient que l'on peut exercer une influence sur le sexe d'un enfant avant la naissance, au moyen de l'alimentation de la mère, a cité à l'appui de sa théorie de nombreux faits expérimentaux. Il a déclaré que ses recherches avaient eu pour seul mobile le désir de découvrir la vérité, et il a démenti le bruit d'après lequel il aurait été appelé à une cour européenne où tous les enfants avaient été jusqu'ici des filles. Dans une discussion des plus animées, le Dr Hauchekorne a déclaré qu'en sa qualité de médecin, il s'opposait à la théorie en question, qu'il considérait comme un véritable danger social, et qu'il en regretterait vivement la réalisation.

Tuberculose humaine et tuberculose bovidée.

Le D. P. Garnault vient d'adresser au Pr K. Koch la lettre suivante qui a été reproduite par tous les journaux politiques de Paris :

14 août 1901.

Très honoré Maître,

Je viens, dans la plénitude de ma conscience, vous offrir de servir de sujet à des inoculations de tuberculose bovine. Je suis disposé à croire que vous êtes dans l'erreur et je suis convaincu que je serai inoculé. J'ai quarante et un ans, je pèse plus de cent kilos, j'ai 1 m. 81, je suis de parfaite santé (vous pourrez, d'ailleurs, me soumettre au préalable à des inoculations de tuberculine), je n'ai pas d'enfants.

Dans les combats, des hommes de mentalité inférieure s'offrent par milliers à une mort inévitable. Bien que je ne sois pas de votre avis et que je considère mon inoculation comme probable, j'estime que, sur le champ de bataille de la vie sociale, un être conscient peut bien faire ce que tant d'autres font si facilement sur les vrais champs de bataille. Je me tiens à votre entière disposition, à Paris ou à Berlin, dans les conditions qu'il vous plaira.

Paul Garnault,

Docteur en médecine, docteur ès-sciences, ex-préparateur de la Faculté des sciences de Bordeaux.

(1) Voir *Progrès Médical* du 13 juillet 1901, n° 28, page 24.

La lutte contre la tuberculose

Le docteur Emile Dubois, député de la Seine, président de la commission d'hygiène publique, a dressé au président du conseil, ministre de l'intérieur, la lettre suivante, qui indique un des points sur lequel la lutte contre la tuberculose pourrait être efficacement portée :

« A la suite de tout ce qui a été dit sur la tuberculose dans les académies, dans les chambres, dans la presse, dans les congrès, certaines mesures ont été prises, certaines recommandations ont été faites au public. C'est là un commencement. Mais ne vous apparaît-il pas que l'Etat doive, en cette matière, comme en toutes choses d'ailleurs, donner l'exemple ? Or, j'ai la tristesse de constater que parmi les locaux occupés par l'administration, ouverts au public, il en est qui ne contiennent pas le cube d'air prescrit par les règlements ; d'autres dans lesquels le courant d'air est en permanence, et distribue largement bronchites, pneumonies et pleurésies, avant-coureurs de la terrible maladie que nous voulons combattre par tous les moyens ; d'autres enfin, quelquefois les mêmes que ceux dont je viens de parler, qui sont de véritables foyers de contamination et d'infection. Quelques-uns, qui n'ont cessé d'abriter des tuberculeux, en nombre toujours croissant, n'ont *jamais* été désinfectés. Je viens vous demander, Monsieur le président du conseil, de bien vouloir ordonner une enquête sur le degré d'insalubrité des établissements de l'Etat. Il serait possible, pendant les vacances, plus que pendant tout autre moment de l'année, de prendre les mesures urgentes, de faire procéder, par exemple, et en attendant mieux, à la désinfection des locaux qui constituent un danger incessant pour les employés de l'administration et pour la population en général.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 4 août au samedi 10 août 1901, les naissances ont été au nombre de 1,111 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 428, illégitimes 136. Total 564. — *Sexe féminin* : légitimes, 415, illégitimes, 132. Total, 547.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 4 août au samedi 10 août 1901, les décès ont été au nombre de 902, savoir : 500 hommes et 402 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2 F. 2. T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 7, F. 7, T. 14. — Rougeole : M. 10, F. 8, T. 18. — Scarlatine : M. 4. F. 0, T. 4. — Coqueluche : M. 6, F. 5, T. 11. — Diphtérie et Croup : M. 6, F. 8, T. 14. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 1, F. 0, T. 1. — Autres maladies épidémiques : M. 1, F. 1, T. 2. — Tuberculose des poumons : M. 125, F. 69, T. 194. — Tuberculose des méninges : M. 14, F. 5, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 5. T. 10. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 25. F. 34, T. 59. — Méningite simple : M. 14, F. 4, T. 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 18, F. 12, T. 30. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 26, T. 46. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 4. T. 11. — Bronchite chronique : M. 5, F. 2, T. 7. — Pneumonie : M. 13, F. 10, T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 39, F. 15, T. 54. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 6, F. 2, T. 8 ; autre alimentation : M. 46, F. 54. T. 100. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 8, F. 8, T. 16 — Hernies, obstruction intestinale : M. 5, F. 3, T. 8. — Cirrhose du foie : M. 6, F. 4, T. 10. — Néphrite et mal de Bright : M. 16, F. 10, T. 26. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 2, T. 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 13, T. 28. — Débilité sénile : M. 8, F. 21, T. 29. — Morts violentes : M. 18, F. 6, T. 24. — Suicides : M. 12, F. 2, T. 14. — Autres maladies : M. 43. F. 47, T. 90. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 3, F. 6, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 34, illégitimes, 8. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 15, illégitimes, 9. — Total : 24.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. le Dr Graux, médecin de la colonie scolaire, délégué cantonal du 11e arrondissement, à Paris. Dr Pioger, chef du service médical de l'institut départemental des sourds-muets, à Asnières. Dr Saint-Hilaire, médecin auriste du même établissement. M. Grandeur, pharmacien à Mont-de-Marsan.

Officiers d'académie : MM. le Dr Thomas, médecin au Raincy ; Dr Martin, médecin inspecteur des écoles, à Saint-Etienne les Orgues (Basses-Alpes). Dr Pamart, médecin inspecteur à Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise).

Médaille d'honneur des épidémies.— Par arrêté du président du Conseil, la médaille d'honneur des épidémies et la mention honorable sont décernées aux personnes ci-après : *Médaille d'argent* : M. le Dr Melconian, chef de clinique à la faculté de médecine de Beyrouth. MM. Frimbault et Carré, vétérinaires militaires, détachés à l'Institut Pasteur de Nhan-Trang (Annam). Dr Brossier, médecin de 1re classe des colonies, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tamatave. Dr Chevreau, médecin à Tamatave. Dr Vié, médecin à Tamatave ; *médaille de bronze* : Dr Brallet, médecin au Thillot.— *Mention honorable* : M. le Dr Dupuy, médecin sanitaire maritime.

Les prix scientifiques de la fondation Nobel. — Les deux prix scientifiques de 200,000 couronnes chacun seront attribués l'un au professeur danois Finsen, fondateur de l'institut médical pour le traitement du lupus par la lumière, l'autre au savant physiologiste russe Pawlof, bien connu pour ses travaux sur la nutrition. (*Le Temps*.)

Concours pour un emploi a l'école de médecine et de pharmacie de Marseille. — Par arrêté, en date du 2 août 1901, un concours s'ouvrira le 3 février 1902 devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la dite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Concours devant la Faculté de médecine de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale a l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes. Par arrêté en date du 30 juillet 1901, ce concours s'ouvrira le 7 juillet 1902.

Hygiene publique. — *Les Puits et les maladies infectieuses.* — Une espèce de choléra s'est déclaré dans l'Eure, région de Louviers ; la cause serait le voisinage des *fosses d'aisances et à purin* non loin des puits. Il y a eu plusieurs décès. (*Bonhomme Normand* du 16 au 22 août 1901). — Cette presque contiguïté des *puits*, des fumiers et fosses à purin ou des puisards est malheureusement très fréquente.

Laicisation des hopitaux de Marseille. — Saisi par la commission des hospices de Marseille de la question de la laïcisation, à la suite d'une pièce représentée par les pupilles de l'hospice Sainte-Marguerite hostile à l'instruction laïque, le conseil municipal, dans sa séance d'hier soir, a décidé le renvoi immédiat des religieuses de cet établissement et a voté l'excédent de crédit de 18,640 francs pour en opérer la laïcisation.

Le conseil a décidé en outre le principe de la laïcisation du bureau de bienfaisance (*Le Temps*, 22 août 1901).

Poste Médical. — *Asile d'aliénés de Neaugeat* (Hte Vienne).— Un poste d'interne en médecine est vacant dans cet asile. Traitement argent, 800 francs ; logement, nourriture et blanchissage. S'adresser à M. le Dr Dourson, médecin-directeur de l'asile.

Le Syndicat des médecins de Lorient. — Ce Syndicat comprenant tous les médecins de la ville, invite les confrères qui recevraient des offres de diverses collectivités, à demander des renseignements au président du Syndicat avant de signer aucun engagement. Dr Le Garrec (président).

Institut Pasteur. — Les cours et les manipulations du nouveau service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (2e année) commenceront le mardi 5 novembre. Ce Cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels. Il peut donner lieu à un certificat. Pour les conditions, s'adresser 26, rue Dutot (service d'analyse).

Le four crématoire de la faculté. — La Faculté de médecine va posséder son four crématoire destiné à incinérer les débris de cadavres et d'animaux ayant servi aux expériences, qui, jusqu'à ce jour, étaient transportés au four du Pere-Lachaise. Les vacances seront consacrées à la construction de ce four, qui sera édifié dans un bâtiment attenant à l'école pratique

Institut Pasteur dans les Indes anglaises. — Il y a un an que l'Institut Pasteur à Kasauli est ouvert. Pendant cette période 321 malades y ont été soignés, parmi lesquels 96 soldats anglais et 50 Européens. Dans tous les cas portant sur des Européens, le traitement Pasteur a parfaitement réussi ; seuls, deux indigènes, qui étaient arrivés trop tard à l'institut, ont succombé. A l'heure actuelle trente malades sont en train de subir le traitement à l'Institut de Kasauli (*Le Temps*).

Composition du jury pour deux emplois de professeur dans les écoles de médecine. — Le jury des concours qui auront lieu à Rochefort le 2 septembre 1901, pour deux emplois de professeur dans les écoles de médecine de la marine, sera composé ainsi qu'il suit :

MM. l'Inspecteur général du service de santé, président ; Chevalier, médecin principal, sous-directeur de l'école de Bordeaux, Grand-Moursel, médecin principal à Rochefort. Les noms des officiers du corps de santé de la marine désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

Corps de santé. — Par décision ministérielle du 9 août 1901, M. Moissonnier, pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Dey à Alger, a été mis à la disposition du service de l'intendance pour être attaché à l'usine d'essai de Billancourt.

La mortalité des enfants. — La Chambre a nommé une commission pour l'examen d'une proposition de loi de M. Constant Dulau sur la protection de la mère et de l'enfant nouveau-né. L'enquête ouverte par cette commission a révélé que la mortalité infantile a pris en France des proportions effrayantes. On considère que l'assistance accordée à la femme pauvre pendant sa grossesse est de toute insuffisance. Il conviendrait d'abord de créer des asiles-ouvroirs où elle serait recueillie gratuitement, dispensée de travailler et alimentée sainement. Mais la commission voudrait aussi qu'il fût institué des « maternités secrètes » à l'instar de celles déjà existantes en Danemark et en Russie, où les femmes enceintes seraient admises sans avoir à dévoiler leur identité. Enfin, sans rétablir les « tours « on ouvrirait des bureaux d'abandon, ce qui permettrait de prévenir nombre d'avortements et de suicides. (*Le Journal*, 7 août).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Rouyer, de Laigle (Orne), qui, atteint d'une affection chronique n'exerçait plus depuis plus d'un an. Il est d'ailleurs remplacé par un jeune confrère, qui s'est établi à Laigle depuis la même époque.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 35. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 31 AOUT 1901

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

—

Etude sur la classification des formes de fièvres rémittentes et continues régnant en Grèce

Par le Dr **Spiridion KANELLIS** (d'Athènes),

Membre correspondant étranger de la Société Royale de médecine publique de Belgique et de la Société Impériale de médecine de Constantinople, etc.

I. — Par la présente étude clinique, nous nous proposons non de faire l'histoire des différentes tentatives faites, depuis longtemps, par plusieurs auteurs dans le but d'étudier, sous les points de vue de leur nature, leur pathogénie et leur symptomatologie, les formes de fièvre rémittentes et continues qui règnent en Grèce ; mais de dresser la classification de ces fièvres telles que nous les avons rencontrées et observées, de notre part, auprès du lit des malades durant notre pratique clinique personnelle de plus de seize ans et d'après l'étude assidue des travaux des auteurs qui se sont occupés de ce sujet. Nous procédons aujourd'hui à la disposition de cette classification d'une façon plus facile en quelque sorte, parce que les questions relatives à la nature et à l'étiologie, à la pathogénie et à l'anatomie pathologique de ces fièvres étant d'une manière ou d'autre plus complètement élucidées, on peut déterminer ce classement avec plus d'exactitude. On ne doit pourtant pas croire que la classification telle qu'elle est soumise aux yeux des lecteurs doit être considérée comme définitive : au contraire, nous pensons que plus on étudiera les fièvres rémittentes et continues de notre pays sous les points de vue étiologique et pathogénique, plus on rendra définitive la phase de la question de la classification de ces fièvres. En effet, depuis l'époque de l'immortel père de la médecine, d'Hippocrate qui a très heureusement divisé cet ordre de fièvres en *continues* (ξυνεχέας) et en *intermittentes* (διαλείποντας, jusqu'à nos jours, l'étude et la description clinique des différentes formes de fièvre rémittentes et continues furent la plus importante question pathologique de laquelle se sont occupés les cliniciens les plus éminents. Cependant, malgré les nombreuses observations cliniques et recherches bactériologiques faites en divers pays, on peut dire encore aujourd'hui que la classification de ces fièvres n'a pas encore obtenu sa disposition définitive.

Les plus anciens parmi les médecins hellènes admettaient quatre classes de fièvres semblables : 1° la fièvre gastrique ; 2° les fièvres palustres rémittentes et continues ; 3° les typhoïdes véritables et 4° un ordre particulier de fièvre que l'on appelait fièvre continue. On pourrait cependant former encore une autre classe de fièvres admise par les médecins hellènes plus anciens et laquelle aurait compris les fièvres des quatre premières classes compliquées par l'infection palustre et souvent encore celles procédant de la participation du miasme typhique.

C'est ainsi qu'Antoniadés parle de fièvres gastro-intermittentes ; Palladios, de la transmutation de la fièvre gastrique à la fièvre typhoïde. I. Pappadopoulos, en décrivant les fièvres gastriques qu'il avait observées en Béotie, parle de la dégénérescence de ces dernières à des fièvres typhoïdes ou pernicieuses et même à des dysenteries ! Quant à la fièvre continue, considérée comme un type fébrile à part, reconnue comme telle par Goudas, Pretenteris Iypaldos, Déliyannis et qu'on attribuait soit à l'infection palustre, soit à un miasme particulier de nature non connue, G. Vaffas, par un ouvrage scientifique sur les fièvres continues publié en 1878, a essayé d'établir qu'elle appartient à la série des fièvres typhoïdes véritables. Cette manière de voir fut dès lors admise, mais non d'une façon absolue, par certains des médecins après l'épidémie de la fièvre typhoïde qui a éclaté à Athènes en 1881. La fièvre continue qu'on rencontre à Athènes, sous le point de vue de sa durée, de sa marche et de ses symptômes et phénomènes généraux, est divisée par G. Vaffas en cinq classes, les suivantes :

1° Fièvres continues de courte durée et tranquilles où la maladie passe sous une fièvre plus modérée, de peu de durée, et avec des symptômes presque insignifiants ; 2° fièvres continues de courte durée, mais avec des phénomènes généraux très prononcés ; 3° fièvres continues de longue durée, mais avec des phénomènes faibles ; 4° fièvres continues de longue durée avec des

symptômes intenses ; 5° fièvres continues extrêmement prolongées où la fièvre, s'étant maintenue à sa hauteur pendant quelques semaines et accompagnée de symptômes généraux intenses, diminue plus tard et se conserve comme un fébricule, et ensuite elle présente des rechutes fréquentes après la maladie primitive qui a duré plus ou moins longtemps. C'est à tort que M. Vaffas et certains des pathologistes modernes rattachent toutes ces classes pathologiques de la fièvre continue à une seule et même maladie exclusivement, savoir à la fièvre typhoïde notamment.

Ainsi, M. Michel Hadjimichalis, parlant devant le Congrès des médecins hellènes qui a eu lieu à Athènes en 1882, n'a-t-il pas admis que toutes les fièvres continues qui n'ont rien à voir avec le paludisme devaient être comprises dans la fièvre typhoïde, et il s'exprime comme il suit : « Il est même évident que bon nombre des fièvres appelées chez nous continues, rémittentes ou gastriques ne sont autre chose que des fièvres typhoïdes légères ou bien des formes incomplètes ou abortives de ces dernières ». M. Karamitsas prétend et de tout temps qu'en dehors des fièvres palustres rémittentes ou continues et en dehors des fièvres typhoïdes classiques, il existe en Grèce, ainsi qu'en tout pays, une autre classe de fièvres que l'on peut nommer, jusqu'à nouvelles études et recherches, *fièvres indéterminées.* De même, Jean Papathéodorou a soutenu en 1894, d'une façon convaincue, l'avis de l'existence de fièvre par auto-infection intestinale.

Plus tard, en 1897, Jean Cardamatis et Spiridion Kanellis prétendirent que bon nombre des fièvres qui sont à tort rapportées par les auteurs de la *Pyrétologie médicale* aux fièvres typhoïdes ébertiennes appartiennent aux fièvres malariennes accompagnées d'un état typhoïde ; cet état symptomatique, c'est-à-dire le typhisme, procèdent de l'absorption par la voie du tube gastro-intestinal de substances septiques ; plus rarement elles appartiennent aux fièvres typhoïdes véritables qui évoluent simultanément avec des fièvres palustres (fièvres typho malariennes) (1). La séparation définitive des fièvres gastriques auto-infectieuses sous une forme étiologique et clinique particulière de la véritable fièvre typhoïde en Grèce a été opérée tout dernièrement avec beaucoup de clarté par le pyrétologiste hellène Jean Cardamatis, qui a admis une série à part de fièvres gastriques auto-infectieuses dans laquelle entrent, d'un côté, les fièvres considérées ci-devant comme climatiques, et d'autre côté, les formes fébriles, qui étaient certainement à tort prises pour des formes abortives de la fièvre typhoïde.

Jean Cardamatis, dans son ouvrage publié dernièrement dans la *Grèce médicale*, divise d'une façon plus systématique les fièvres qui règnent en Grèce en trois grandes catégories, lesquelles, par ordre de fréquence, sont les suivantes : 1° *fièvres palustres* ; 2° *fièvres auto-infectieuses* ; 3° *fièvres typhoïdes*.

En ce qui concerne les fièvres auto-infectieuses, Cardamatis admet (2) que les changements de la température atmosphérique contribuent à la production de troubles des fonctions normales de l'organisme, d'où élaboration de certains ferments et préparation d'un terrain favorable au développement de la cause spécifique non connue. Voilà pourquoi Cardamatis considère ces fièvres, qu'on observe dans les pays chauds aussi bien que dans les climats tempérés et froids, et qu'on rencontre en partie pendant l'été et plus constamment pendant le printemps et l'automne, saisons où ont par excellence lieu les changements soudains et brusques de la température, comme résultant d'une réaction importante de l'organisme à la suite d'un changement brusque de la température. Ce changement de la température, d'après le même auteur, constitue l'élément actif de la cause spécifique de la fièvre qu'on indique couramment sous les dénominations de fièvre éphémère, gastrique et rémittente climatique : cet élément donne lieu à la production de différents éléments à l'intérieur de l'organisme, d'où proviennent des fermentations nocives dont les produits, absorbés par la muqueuse de la paroi gastro-intestinale, déterminent les auto-infections.

De notre part, enfin, ayant aussi étudié de près le sujet en question, nous classons les fièvres rémittentes et continues qui règnent en Grèce en quatre grandes catégories, lesquelles, par ordre de *fréquence*, sont les suivantes : 1° *Fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales* ; 2° *Fièvres typhoïdes* ; 3° *Fièvres palustres rémittentes et continues*, lesquelles, plus fréquentes autrefois que les fièvres typhoïdes, sont devenues plus rares et par conséquent moins fréquentes que ces dernières, en considération de l'état endémique et non de l'état épidémique, à mesure que le sol du pays est cultivé et drainé par des travaux hydrauliques et mécaniques et que le cours des eaux se régularise par différents travaux ; 4° *Fièvres mixtes ou compliquées mutuellement*, c'est-à-dire des fièvres d'une des catégories précédentes compliquées par celle d'une autre, par exemple, une fièvre auto-infectieuse compliquée d'une fièvre typhoïde, ou une fièvre palustre rémittente ou continue compliquée d'une fièvre colibacillaire, c'est-à-dire d'une fièvre auto-infectieuse gastro-intestinale (*fièvre colimalarienne*), ou une fièvre palustre rémittente ou continue avec développement simultané d'une fièvre typhoïde (fièvre typho-malarienne).

II. — Dans la première de ces catégories, celle des fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales à laquelle appartient, selon nous, la fièvre coli-bacillaire elle-même (procédant du coli-bacille commun), entre aussi la grande classe des fièvres gastriques et climatiques des médecins plus anciens, c'est-à-dire l'embarras gastrique fébrile qui a eu différentes dénominations dans les divers pays du monde, comme, par exemple : fièvre climatique, fièvre ardente des Indiens, fièvre inflammatoire des Antilles, fièvre de Macao, éphémère, Oca de Syrie et de Mésopotamie, fièvre climatique intestinale (Fayrer), fièvre synoque des pays chauds, fièvre gastrique simple, ou bilieuse, ou rémittente gastrique (Monneret), fièvre catarrhale, fièvre auto-infectieuse (Cardamatis) et enfin, selon nous, *fièvre auto-infectieuse gastro-intestinale*, parce que, sous le point de vue de la pathogénie, la fièvre en question provient d'une dépravation du fonctionnement normal non de la muqueuse stomacale, mais bien de la muqueuse intestinale et même en majeure partie de cette dernière. Cette fièvre auto-infectieuse gastro-intestinale, de forme rémittente ou continue, a le plus souvent, d'après nos propres observations cliniques, une durée de 2 à 4 jours, d'autrefois, de 8 à 10 jours et plus rarement jusqu'à 22 jours, avec une intensité variable selon les cas ; tantôt elle est d'origine exogène due à des différentes causes, tantôt elle est d'origine endogène et pro-

(1) Cardamatis et Kanellis. — De la fièvre continue palustre avec des symptômes typhoïdes et du typhopaludisme. (*Iatriki Proodos*, 1897).

(2) Cardamatis. — Des fièvres continues et de leurs formes predominantes en Grèce. (*Grèce médicale*, août 1900).

cède de l'absorption de substances septiques qui se trouvent dans le tube gastro-intestinal, ou des saprophytes qui se trouvent normalement et vivent à l'intérieur du tube gastro-intestinal et qui, grâce à des conditions particulières, acquièrent de la virulence et deviennent pathogènes en produisant l'auto-infection de l'organisme humain; ou enfin, des micro-organismes pathogènes eux-mêmes qui végètent comme des saprophytes dans le tube gastro-intestinal et qui, sous l'influence des conditions spéciales, augmentent du fonctionnement morbigène ; ces dernières conditions sont réalisées par différents troubles des fonctions gastro-intestinales.

Dans le cadre des fièvres auto-infectieuses sont aussi comprises, selon nous, toutes ces fièvres qu'on appelait autrefois dans les différents pays, fièvres climatiques, parce que nous n'admettons pas que le climat d'un pays quelconque où ces fièvres pullulent puisse les engendrer à lui seul : le climat *seul* ne peut point produire des entités morbides sans l'intervention des causes spécifiques génératrices de ces maladies ; le climat par son influence ne peut point donner lieu à la dysenterie, à l'hépatite suppurée, à l'ophtalmie, à la fièvre jaune ou toute autre fièvre quelle qu'elle soit ; toutes ces maladies sont justiciables de causes spécifiques déterminées. La climatologie des pays ne peut en effet qu'exercer une légère influence sur l'intensité, la symptomatologie et la marche des maladies, c'est-à-dire qu'elle peut déterminer une modification plus ou moins grave de l'entité morbide donnée sans pouvoir pour cela engendrer la maladie elle-même. La durée des fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales en Grèce, va, selon notre avis, parallèlement aux conditions fonctionnelles actives où se trouvent chez les malades, le foie, la rate, et le filtre sécrétoire du parenchyme rénal ainsi que la réaction phagocytaire de l'organisme du malade. Outre cela, il faut aussi considérer la contribution qu'apporte en grande partie, à l'intensité et à la durée des fièvres auto-infectieuses, gastro-intestinales, ainsi que de toutes les autres entités morbides d'ailleurs, le terrain organique du sujet c'est-à-dire ses chymismes et ses éléments dynamiques et physiques, le sexe, l'âge, l'habitude, la manière de vivre, la saison de l'année, l'hérédité, le caractère et la constitution, ainsi que le climat local ou général du pays. Toutes ces circonstances contribuent à la modification de la modalité symptomatique de la maladie. C'est pour toutes ces raisons que les fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales, la fièvre gastrique ou simplement la gastrique des médecins hellènes plus anciens ou les fièvres climatiques de plusieurs autres médecins, revêtent, soit qu'elles surviennent isolément ou sporadiquement, soit qu'elles apparaissent en masse et pour ainsi dire épidémiquement, différentes formes cliniques, graves, de moyenne intensité et légères. C'est aussi pour la même raison qu'on a voulu dans les différents pays indiquer les fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales par différents noms, ce qui les rendit riches en appellations. Cependant, en les examinant partout sous un plan général, on les voit se produire sous des conditions météorologiques identiques et présenter toujours les mêmes tableaux cliniques.

Dans les climats tempérés, on a décrit ces fièvres sous le nom de *fièvre synoque* et elles y coïncident toujours avec le commencement ou la fin des fortes chaleurs de l'été. Dans les pays chauds, comme dans les zones tempérées, elles prennent parfois une allure épidémique, ce qui s'explique de l'identité de conditions météorologiques sous lesquelles vivent de nombreuses personnes (A. Le Dantec) (1). Dans certains pays, comme, par exemple, sur la côte occidentale de l'Afrique, à Madagascar, où l'état hygrométrique de l'atmosphère est trop chargé surtout au commencement de l'hiver, les symptômes nosologiques des fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales augmentent d'intensité, parce qu'alors ces fièvres sont accompagnées par des phénomènes congestifs du foie, par une hyperémie biliaire, par des vomissements bilieux, par des évacuations alvines bilieuses et quelquefois par de l'ictère léger. En d'autres mots, elles offrent le même tableau clinique que la fièvre palustre rémittente bilieuse et il est alors impossible, dit Le Dantec, de distinguer auprès du lit du malade les fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales de cette dernière fièvre. Il n'y a que la recherche de l'hématozoaire palustre qui pourrait, dans ce cas-là aussi, mettre fin à l'erreur.

Les symptômes et, en général, la marche clinique des fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales ou des embarras gastriques fébriles, sont trop connus pour qu'il soit utile de les rappeler ici. Le début en est souvent brusque et c'est en pareille occurence surtout que ces phénomènes acquièrent leur plus grande intensité à partir du premier jour, après lequel se produit la défervescence, et la fièvre tombe rapidement, ou elle se maintient élevée jusqu'à sa complète disparition qui se produit également d'une façon brusque. Il y a des cas où la rémission est évidente à partir du 3e jour et se produit graduellement au jour le jour jusqu'au 5e ou 6e jour ; cependant quelques heures après la diminution de la fièvre, on voit de nouveau la fièvre s'élever de 1 à 2 degrés. D'autre fois encore, la fièvre est élevée pendant le premier et le deuxième jour avec des exaspérations vespérales atteignant 40°, tandis que dans la marche d'après, quelle que soit sa durée, la fièvre présente des rémittences de 37°4 à 38°, le matin et à 39°5 le soir, jusqu'à ce qu'après plus ou moins de jours, elle tombe définitivement au-dessous de la normale, c'est-à-dire au-dessous de 37 degrés.

D'après notre statistique comprenant les cas de fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales que nous eûmes l'occasion d'observer pendant seize ans de pratique, nous apprenons qu'on peut les rencontrer en toute saison avec la seule différence qu'elles sont très fréquentes pendant l'été, moins fréquentes pendant le printemps et l'automne et rares pendant l'hiver. Selon notre avis, ce ne sont point les variations de la température, mais la température constamment élevée (saison de l'été), qui favorise l'apparition de ces fièvres, en facilitant les décompositions biologico-chimiques qui s'opèrent dans le tube gastro-intestinal à la suite de la nonchalance qui caractérise alors les fonctions normales de ce dernier ; en diminuant la quantité de l'acide chlorhydrique sécrété normalement par la surface muqueuse de l'estomac ; en réprimant la merveilleuse action fonctionnelle du parenchyme hépatique, laquelle entrave d'une façon utile les décompositions biologico-chimiques ; en diminuant la vive action phagocytaire de l'organisme en butte de la maladie ; en modifiant comme quantité et comme qualité la sécrétion rénale, ainsi que toutes les sécrétions glandulaires de l'économie. L'absence de tout type morphologique de l'hématozoaire de Laveran dans les cas cliniques des fièvres auto-infectieuses gastro-

(1) Précis de pathologie exotique, page 72, 1900.

intestinales les exclut du paludisme, tout aussi bien que le phénomène de la méthode séro-diagnostique de Widal les fait sortir définitivement de la série de la fièvre typhoïde.

La fièvre auto-infectieuse gastro-intestinale peut se présenter non seulement comme une maladie primitive, comme une maladie substantielle, comme une protopathie nosologique, mais aussi comme un épiphénomène, comme une maladie secondaire, comme un phénomène consécutif, à la manière d'une infection secondaire, comme un phénomène syndrome, de même que le *typhisme* peut se produire dans la marche d'une maladie quelconque fébrile ou non, soit au commencement, soit dans la marche progressive, soit enfin à la fin de cette maladie. Aussi E. Moritz (1), dans deux cas de dilatation stomacale, a-t il vu les symptômes de la fièvre auto-infectieuse gastro-intestinale qui survinrent accompagnés d'une éruption érythémateuse, et qui après avoir résisté à toute médication guérirent sous la seule influence de l'acide chlorhydrique administré à fortes doses. Personne, d'ailleurs, parmi les praticiens, n'ignore que ce n'est pas rare d'observer comme un phénomène concomitant la véritable symptomatologie des fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales au cours d'un cancer d'estomac (Jaccoud), de la fièvre typhoïde, de la pleurésie, du rhumatisme articulaire aigu, de l'influenza, des différentes formes cliniques, du paludisme en général, etc.

III. — Quant à la fièvre typhoïde, nous croyons qu'il ne soit pas nécessaire de parler en largeur, étant donné que la littérature en est presque épuisée par les travaux des auteurs étrangers et des nôtres, tant sous le point de vue bactériologique que sous le point de vue clinique. En effet, que pourrait-on ajouter à l'entité pathologique de la fièvre typhoïde ou du typhus abdominal, une fois que c'est la maladie, osons le dire, qui a été le plus étudiée par les pyrétologistes jusqu'à ses moindres détails, depuis ses formes très graves jusqu'à ses formes très légères (typhus levissimus, typhoïdette) ? Pourtant on ne doit pas s'étonner si jusqu'à 1826 la fièvre typhoïde essentielle, la maladie qu'on considère aujourd'hui avec raison comme une maladie qui a été le mieux étudiée, était confondue, dans la pyrétologie, avec toutes les autres fièvres continues. Ce ne fut que de 1826 à 1829 que Bretonneau et ses élèves ont positivement établi que les ulcérations des plaques de Peyer étaient le caractère anatomique de la dothiénentérie. En 1829, Louis a démontré que les fièvres de Paris surnommées putrides, adynamiques, muqueuses, gastro-intestinales, n'étaient que des variétés morphologiques d'une seule et même maladie, de la fièvre typhoïde. De même, ce n'est qu'en 1840 que Laveran, qui avait suivi de près à Paris les examens nécrotomiques de Louis lors de son séjour en Algérie, reconnut sans peine que la fièvre typhoïde y existait avec les différentes formes du paludisme.

Il n'est pas non plus étonnant si, jusqu'à la grande épidémie de fièvre typhoïde qui éclata à Athènes en 1881, cette maladie était considérée comme très rare dans toute la Grèce et à Athènes même. N'hésitons pas de dire que les observations de Pretenteris Typaldos, G. Karamitsas, M. Hatzimichalis, J. Vaffas, etc., ont démontré chez nous cliniquement et anatomo-pathologiquement l'existence de toute la série des formes cliniques que peut revêtir la véritable fièvre typhoïde, depuis sa forme très grave jusqu'à sa forme très légère (fièvre typhoïde ambulatoire), et contribuèrent à ce que les médecins en Grèce se fissent à l'idée de ne pas toujours et partout soupçonner l'épouvantail du paludisme, mais d'avoir aussi en vue la fièvre typhoïde qui se rencontre si fréquemment dans toute la Grèce jusqu'à ses plus petits villages. Ce qui a de plus contribué à cet effet, ce fut la découverte de l'hématozoaire palustre par notre savant ami Laveran, laquelle a mis définitivement la distinction entre les fièvres typhoïdes franches et les fièvres palustres rémittentes et continues d'allure typhoïde, ainsi que la réaction de la méthode séro-diagnostique de Widal, qui a fait distinguer d'une façon plus facile la fièvre typhoïde, déterminée jusqu'à ce temps seulement par ses traits cliniques. Depuis cette époque, les choses ont changé d'aspect. Le diagnostic différentiel de ces deux maladies sortit de l'ombre qui le couvrait et la vérité jaillit éclatante en séparant ici encore le blé de l'ivraie. Tous les médecins hellènes s'étant habitués au diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de la fièvre palustre rémittente ou continue par les nouveaux procédés détournèrent leur attention, qui se portait d'une façon absolue et pour ainsi dire exclusive vers le paludisme.

IV. — Dans la troisième catégorie des entités fébriles que nous étudions sous le point de vue de la classification, nous rangeons les fièvres palustres rémittentes et continues, qui, elles-mêmes, peuvent être divisées en deux classes, *les fièvres palustres rémittentes ou continues simples* et *les fièvres palustres rémittentes, ou continues composées*, au cours desquelles se produisent certains phénomènes qui sont plus prononcés du côté d'un des systèmes de l'organisme malade. Les fièvres palustres rémittentes ou continues composées peuvent en outre, être subdivisées en quatre classes : 1° *fièvre palustre rémittente ou continue gastrique* ; 2° *fièvre palustre rémittente ou continue bilieuse* ; 3° *fièvre palustre rémittente ou continue gastro-bilieuse*, et 4° *fièvre palustre rémittente ou continue d'allure typhoïde*. L'état typhoïde, dans cette dernière forme, ne relève point du bacille ébertien (comme cela arrive dans les véritables fièvres typhoïdes ou dans les fièvres typho-malariennes), mais il est symptomatique, dû au typhisme qui est déterminé par l'absorption par la voie du tube gastro-intestinal en particulier, de substances saprophytiques ou septiques, ou à une infection secondaire ; un pareil état, le typhisme, peut d'ailleurs se produire au cours de toute autre maladie contagieuse ou infectieuse.

Dans toutes les formes de la fièvre palustre, rémittente ou continue, que nous venons d'exposer plus haut, entre les cas cliniques bénins et malins ou pernicieux, on rencontre une série entière de formes cliniques intermédiaires qui dépendent en grande partie de l'intensité de l'épidémie ou des cas sporadiques, ainsi que du pays où existe le paludisme, de la disposition héréditaire ou individuelle et de la constitution du sujet frappé par la maladie. La présence de l'hématozoaire palustre dans le sang des malades qui ont les types fébriles palustres exposés plus haut met le sceau clinique de leur exacte différenciation des types fébriles qui forment les autres grandes catégories. Parmi les différentes formes de l'hématozoaire, on trouve particulièrement les corps sphériques dans la classe des formes de fièvres continues. De notre part aussi, nous avons presque toujours retrouvé ces corpuscules dans nos préparations microscopiques prises sur nos malades et exa-

(1) Ueber gastriche Fieberursachen. *Congrès international de Berlin*. 1884.

minées dans le laboratoire microbiologique de Démétrius Démetriadés, ancien élève de l'Institut Pasteur; nous avons en outre observé d'autres corpuscules très petits, ronds, qui représentent la dissociation des spores à la suite de la segmentation.

Les corps sphériques renferment parfois de rares granulations pigmentaires; d'autres fois, ils en sont dépourvus et ils apparaissent transparents, hyaloïdes, adhérents sur les hématies ou circulent dans le plasma du sang. Un pareil cas clinique, où le sang contenait des hématozoaires sphériques portant dans leur intérieur des granulations pigmentaires rares, nous eûmes l'occasion de l'observer en commun avec notre ami Christos Malandrinos, le pédiatre de notre ville, chez un enfant âgé de 4 ans qui avait acquis une fièvre palustre rémittente très irrégulière et très rebelle sur la plage du nouveau Phalère.

V. — Enfin, dans la catégorie des entités fébriles entrent les *fièvres mixtes ou compliquées entre elles*, telles que le développement simultané d'une fièvre auto-infectieuse gastro-intestinale et d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre auto-infectieuse gastro-intestinale et d'une fièvre palustre rémittente ou continue ou d'une fièvre palustre avec développement simultané d'une fièvre typhoïde (*fièvre typho-malarienne*).

Nous nous réservons de revenir plus tard sur ces *fièvres mixtes* qui sont d'une fréquence très grande chez nous.

VI. — Nous concluons de tout ce qui précède qu'on rencontre en Grèce les quatre classes de fièvres rémittentes ou continues essentielles suivantes : 1° *Fièvres auto-infectieuses gastro-intestinales ; 2° Fièvres typhoïdes ; 3° Fièvres palustres rémittentes ou continues ; 4° Fièvres mixtes ou compliquées mutuellement.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Accidents du travail et maladies professionnelles

Parmi les nombreux amendements qu'a suscités la révision de la loi sur les accidents du travail, un mérite plus particulièrement d'être signalé, c'est celui de M. Vaillant, ainsi conçu :

« Les maladies professionnelles sont comprises dans les accidents du travail et visées comme telles par la présente loi. La tuberculose de l'ouvrier et de l'employé est tenue pour maladie professionnelle. »

En dépit de l'opinion de quelques journaux qui, comme les *Débats*, mettent bien au-dessus de la santé et de la vie des ouvriers les bénéfices des actionnaires, nous sommes convaincus que l'amendement Vaillant mérite le plus sérieux examen. Les victimes des maladies professionnelles sont, à notre avis, encore plus dignes d'intérêt que celles des accidents du travail; si ces derniers peuvent être la conséquence de l'imprudence de l'ouvrier, les premières sont presque toujours le résultat de la négligence du patron, qui n'exécute pas soigneusement les prescriptions hygiéniques réglementaires, de la mauvaise installation des ateliers ou des usines, ou de l'emploi des substances toxiques que les progrès de la chimie moderne devraient faire rejeter pour d'autres similaires et inoffensives.

La tuberculose pourrait avec grand avantage entrer dans la classe des maladies professionnelles, et son classement comme telle ferait faire plus de progrès à sa prophylaxie que vingt Congrès antituberculeux comme celui de Londres. Tous les médecins praticiens de Paris connaissent la présence de la tuberculose dans les grands magasins et les ateliers de la capitale, et tout le monde sait l'insouciance absolue des propriétaires et des directeurs de ces établissements en ce qui concerne leur aération et la protection de leurs ouvriers ou employés et du public contre les poussières.

En les rendant responsables des cas de tuberculose qui se manifestent dans leur personnel trop fréquemment surmené, en les obligeant à leur assurer les soins médicaux, pharmaceutiques et l'alimentation, on ferait une œuvre de justice et d'humanité, et la prophylaxie de la tuberculose dans les grandes villes aurait de ce chef fait un sérieux progrès.

J. Noir.

L'enseignement de la médecine coloniale

Le *Progrès médical* a été un des premiers à démontrer la nécessité, pour une nation qui, comme la France, a un vaste empire colonial, de créer des écoles pour l'étude des maladies des pays chauds. M. le Pr R. Blanchard, dans le *Progrès médical* du 15 juillet 1899, et dans le *Numéro des Etudiants* du 4 novembre de la même année, a publié deux articles très documentés, indiquant tout l'intérêt de cette question, exposant les résultats obtenus à l'étranger, à l'Ecole de Liverpool et à celle de Londres. Il y a quelques semaines, M. Brouardel faisait une démarche auprès de la Presse parisienne pour favoriser l'ouverture d'une souscription dans le but de créer un Institut de médecine coloniale à Paris. La ville de Bordeaux prit aussitôt l'initiative d'une création analogue, et Marseille, qui ne veut pas se laisser dépasser, depuis qu'elle est devenue la seconde ville de France comme population, a aussi organisé l'enseignement de la médecine des pays chauds. Nous apprenons en effet que le Ministre de l'Instruction publique a approuvé la délibération du Conseil de l'Université d'Aix-Marseille instituant un diplôme d'études médicales coloniales et un diplôme d'études pharmaceutiques coloniales. Nous ne saurions qu'applaudir à cette noble émulation entre Marseille et Bordeaux, persuadé qu'elle n'empêchera pas la fondation et la prospérité d'un Institut analogue à Paris.

J. N.

A l'hopital Cochin. — A la suite des nombreuses réclamations contre l'état de délabrement des bâtiments de l'hôpital Cochin, l'Assistance s'est enfin décidée à faire démolir les baraquements en bois qui forment les ailes du bâtiment principal. Depuis plusieurs années, ces baraquements à demi pourris étaient envahis par les rats, de sorte que les malades avaient à se défendre non seulement contre la vermine, mais aussi contre ces rongeurs.

C'est en vain qu'on leur faisait la chasse et qu'une prime, par tête de rat tué, avait été allouée aux infirmiers. Ils revenaient toujours plus nombreux (*Le Journal*).

Ecole de santé. — Le prix du trousseau qu'auront à verser au Trésor les élèves admis à l'Ecole du service de santé militaire, en 1901, est fixé à 1.027 fr. 45.

*

XI[e] CONGRÈS
DES ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

(Suite et fin).

—

Séance du lundi 5 août (matin).

Présidence de M. Gilbert Ballet.

Personnel secondaire des asiles d'aliénés

Rapport par le Dr H. Taguet.

M. le Dr Taguet commence par établir que le recrutement du personnel secondaire devient de plus en plus difficile dans les asiles de province, où il passe comme des voyageurs à travers une auberge. « Comment pourrait-il en être autrement ? Le métier d'infirmier est un véritable sacerdoce, dont l'espèce se fait de plus en plus rare. Qu'on veuille bien mettre en parallèle ce qu'on lui donne en compensation de ce qu'on exige de lui. » Il ne voit qu'un moyen à remédier à un état de choses aussi déplorable : augmenter le salaire des serviteurs et leur assurer, en cas de bons services, une retraite pour leur vieillesse.

Le département de la Seine est entré largement dans cette voie et en moins de 20 ans, le traitement a presque doublé. Le recrutement s'en est rapidement senti : sans doute, le personnel n'est pas parfait, mais on peut affirmer qu'il est, en général, bien supérieur à celui des hôpitaux et de la plupart des asiles de province. Ce traitement varie, pour les surveillants et surveillantes, chefs d'ateliers et assimilés de 2.550 fr. par an à 2.300 suivant la classe, y compris les avantages en nature ; pour les sous-surveillants, sous-surveillantes et assimilés, il varie de 2.120 à 1875 ; pour les suppléants et suppléantes de 1.855 à 1.815 ; et, enfin, pour les infirmiers et infirmières de 1.700 à 1.500.

Les sous-surveillants, les sous-surveillantes, les infirmiers et les infirmières de services spéciaux (infirmeries, gâleux, agitées, épileptiques, quartiers cellulaires) reçoivent, en outre, une gratification mensuelle de 10 francs. Il en est de même du service de veille.

Les agents de tout ordre qui ont obtenu le diplôme d'infirmier ou d'infirmière reçoivent en plus de leur traitement 5 francs par mois.

La retraite, après vingt-cinq années de services, est de la moitié du traitement. Une indemnité proportionnelle, en cas d'infirmités, est accordée après dix ans d'exercice. Après six ans de présence dans les asiles, les agents peuvent faire compter leurs services dans l'armée, ou l'Assistance publique.

M. le Dr Taguet regrette que cette indemnité de repos ne soit pas reversible sur la tête des veuves et des enfants mineurs.

Il rappelle les diverses propositions qui ont été adoptées par la sous-commission chargée d'étudier l'organisation des asiles de la Seine : créations d'infirmiers de visite, durée du stage, diplôme obligatoire ; admissions d'infirmières en remplacement d'infirmiers dans certains quartiers ; logement du personnel en dehors des quartiers, mais de préférence dans l'asile, conformément à un roulement à établir ; repos journalier de 2 heures à chaque agent du service médical ; aménagement d'une salle pour le personnel secondaire ; augmentation du personnel de jour et du personnel de veille ; nomination du personnel de surveillance ; stage dans les quartiers imposé aux agents des services généraux.

Bien que ces diverses propositions n'aient rien qui soit spécial aux asiles de la Seine, M. le Dr Taguet les élimine pour ne traiter que les questions qui sont applicables à tous les asiles sans exception, ces questions sont les quatre suivantes :

1° Il fait ressortir combien est variable dans les asiles le nombre des infirmiers et des infirmières, par rapport à la population traitée, nombre notoirement insuffisant, si l'on tient compte surtout des absences, des cas de maladie, de vacances, etc...

Il propose la rédaction adoptée par la sous-commission des asiles de la Seine, qui est la suivante :

Le personnel des infirmiers de jour sera d'un agent pour douze malades. Dans ce nombre, ne seraient compris ni les sous-surveillants ni les veilleurs.

La proportion de un gardien pour 12 malades sera établie sur le chiffre réel de la population et non sur les effectifs budgétaires prévus.

Il sera créé dans chaque service un poste de sous-surveillant ou sous-surveillante de remplacement (1).

2° Organisation du service de veille, en laissant à chaque asile le soin de le régler suivant les convenances et les nécessités du moment.

3° La situation de reposant et de reposante, qui dans beaucoup d'asiles a quelque chose de pénible et de dégradant, serait remplacée, pour tous les asiles sans exception, qu'ils admettent ou n'admettent pas de reposants, par une indemnité de repos qui serait, comme dans la Seine, la moitié du traitement d'activité, y compris le traitement en argent, l'évaluation des avantages en nature, indemnité déterminée comme il est dit dans les asiles de la Seine, avec cette réserve qu'en cas de décès, la moitié de l'indemnité de l'ayant droit est réversible sur la tête de la veuve en tant qu'elle ne jouit pas elle-même d'un traitement d'activité comme infirmière ou assimilée.

4° Élévation du traitement, qui devrait toujours être supérieur à celui de la domesticité de la région et n'être jamais inférieur à 360 francs par an.

M. Giraud. — M. Taguet, dans son rapport, a constamment en vue les infirmiers. Or, d'après ce que j'ai observé, il faut faire une distinction dans le personnel secondaire des asiles. Tandis qu'un grand nombre d'infirmiers passent, suivant l'expression de Dagron, rapportée par M. Taguet, « comme des voyageurs à travers une auberge », sont paresseux et ivrognes, le personnel ouvrier, dans les asiles, a une valeur morale de beaucoup supérieure. Ce sont généralement des gens du pays, mariés, ayant une famille, s'attachant à l'établissement : ils sont d'une fixité qui forme constraste avec le personnel des infirmiers. Ainsi, j'ai sous les yeux la liste du personnel de l'asile de Quatre-Mares. Dans le personnel secondaire, en dehors des infirmiers, je ne trouve qu'un homme, sur 32, entré en 1901, c'est-à-dire dans l'année courante, soit une proportion d'environ 3 %. Dans la liste des infirmiers, au contraire, on relève 26 sur 79, entrés depuis le premier janvier 1901, soit une proportion de 26 % et je ne compte pas les mutations de ceux qui sont entrés depuis le premier janvier et sont sortis aujourd'hui. Et encore dans ce personnel, qui d'une manière générale est médiocre, il y a une distinction à faire, car on trouve dans les asiles des infirmiers qui ont dix, vingt, trente ans et plus de services dans le même établissement. Ce sont des hommes qui ont échappé au vice de l'ivrognerie, et se contentent d'une vie facile où ils trouvent le vivre et le couvert, et n'ont pas à se préoccuper du lendemain. La grosse difficulté réside dans le recrutement des infirmiers, parce que ce sont des hommes qui n'ont pas de métier et, s'ils n'ont pas de métier, c'est qu'ils n'ont pas eu la constance d'en apprendre un. De là leur infériorité morale vis-à-vis des ouvriers. Les infirmières peuvent généralement être plus facilement recrutées et ont habituellement reçu une éducation qui leur permet d'éviter l'oisiveté, ce qui est une supériorité vis-à-vis des infirmiers. J'estime que tout le problème du recrutement des infirmiers et infirmières ne réside pas dans l'augmentation des salaires, et on ne peut pas poser de règle absolue, car il faut tenir compte des diverses régions. Le salaire doit être suffisant pour permettre de constituer de petites ressources dans les vieux jours, et peut être en rapport avec la moyenne de ce que gagne un ouvrier dans la région. L'esprit d'ordre et d'économie de l'individu joue un grand rôle. J'ai vu des

(1) L'administration a été plus loin et a créé cette année deux suppléants ou suppléantes par service.

infirmières qui avec un salaire de vingt francs par mois arrivaient à s'acheter des rentes, tandis que la plupart des infirmiers, gagnant beaucoup plus, étaient toujours à court d'argent, parce qu'ils employaient tout leur argent à boire dans leurs sorties. On est peu encouragé à augmenter le salaire de cette catégorie d'infirmiers parce que plus on leur donne, plus on leur donne le moyen de boire.

M. TAGUET estime que cette question ne peut être discutée. C'est aussi l'avis de M. BALLET, président, qui invite le Congrès à se prononcer successivement sur chacune des conclusions développées dans le rapport de M. Taguet. Le Congrès a donc à se prononcer sur les points suivants :

1° *Il y a lieu de remplacer les mots de « gardiens » de « gardiennes », par ceux d' « infirmiers et d'infirmières » ?* — Le Congrès adopte ce vœu.

M. DOUTREBENTE demande quelle dénomination servira à désigner les agents qui, remplissant dans les infirmeries des asiles les fonctions d'infirmiers, sont les seuls et véritables infirmiers ou infirmières. Plusieurs membres du Congrès font observer que ce n'est qu'une question de mots et qu'en réalité, les agents chargés de soigner les aliénés ont tous droit au même titre d'infirmiers ou infirmières.

2° *Y a-t-il lieu de créer des infirmiers dits de visite ?*

M. DOUTREBENTE demande ce que sera l'infirmier de visite.

M. TAGUET lui répond que les infirmiers de visite seront ceux chargés spécialement de toutes les détails d'ordre médical des services, tandis que les autres seront occupés aux gros travaux.

M. DOUTREBENTE fait remarquer que cela existe déjà en réalité.

M. BOURNEVILLE exprime la même opinion.

M. TAGUET retire sa proposition.

3° *Le diplôme d'infirmier est-il facultatif ou obligatoire pour certains membres du personnel secondaire ou pour tous ?*

M. BOURNEVILLE croit qu'il est nécessaire de faire suivre ces cours, même aux chefs d'ateliers : ceux-ci, en contact continuel avec des aliénés, peuvent se trouver dans la nécessité de leur donner des soins, il est indispensable qu'ils sachent ce qu'ils ont à faire : par suite, ils doivent faire un stage en qualité d'infirmiers dans un service d'aliénés : on aura alors en eux des agents capables de savoir quelle attitude ils doivent adopter en présence de malades, bien qu'ils n'aient qu'une idée sommaire de ce qu'est un aliéné. Actuellement les chefs d'ateliers, ignorant les devoirs qui leur incombent, ne sont nullement les auxiliaires du médecin : c'est ainsi qu'ils se formalisent des injures ou des grossièretés qui peuvent leur être adressées, et que lorsque les malades placés sous leurs ordres deviennent légèrement gênants, ils les renvoyent de l'atelier. Il est juste d'améliorer la situation matérielle des infirmiers : il faut aussi s'efforcer d'améliorer leur situation morale : pour cela, la création d'écoles s'impose. Ces écoles existent à l'étranger : elles devraient exister en France, mais il n'y en a pas. Un essai tenté par M. le Dr Rey, Directeur-Médecin de l'Asile d'Aix, n'a pas réussi. M. Bourneville expose en détail ce qui se fait dans cet ordre d'idées en Angleterre, où existent des écoles d'infirmières dans tous les asiles, organisées sur un modèle uniforme. Il insiste sur la nécessité de la création d'écoles analogues en France, sur l'utilité qu'il y aurait à ce que le programme de ces écoles fût le même partout, ainsi que le mode d'examen pour l'obtention du diplôme.

M. BRIAND met en parallèle les plaintes de M. Taguet au sujet du peu d'autorité qu'exercent les médecins sur le personnel des services généraux, et l'opinion de M. Giraud, qui se déclare satisfait de ce personnel. D'après lui, ces divergences d'idées peuvent s'expliquer par les situations différentes qu'exercent ces deux médecins, l'un étant exclusivement médecin en chef et l'autre directeur-médecin. Il estime que le diplôme rendra le personnel des services généraux plus subordonné à l'égard des médecins et plus conscient de ses devoirs à l'égard des malades. Il demande, en conséquence, l'obligation du diplôme pour tous, quitte à faire des exceptions, si elles s'imposent dans tel ou tel cas particulier ; ces exceptions ne pourraient, au reste, avoir lieu qu'avec l'assentiment du médecin.

M. DROUINEAU demande que l'on précise ce qu'il faut entendre par personnel secondaire : il lui semble que l'on doit distinguer le personnel secondaire et le personnel inférieur.

M. BALLET répond qu'il ne saurait être question du personnel administratif, mais de tous les autres agents.

M. GIRAUD est d'accord avec M. Bourneville pour reconnaître qu'il serait avantageux d'améliorer la situation morale du personnel secondaire : mais il ne pense pas qu'il faille exiger le diplôme à l'heure actuelle ; cette obligation entraînerait dans le service des perturbations sérieuses et le rendrait peut-être même impossible.

M. BALLET le rassure ; le Congrès peut voter sans crainte cette mesure dont la lenteur administrative bien connue ne permettrait pas la réalisation immédiate.

M. GIRAUD demande qu'on se préoccupe de solutions pratiques. Il y a des écoles d'infirmiers et d'infirmières à Paris, mais pour les établissements de Paris seuls. Il faudrait d'abord créer des écoles dans les départements et dans des conditions où ceux qui sortent de ces écoles ne soient pas forcés de rester fixés à un seul asile. En d'autres termes, on ne peut pas créer ces écoles dans tous les asiles, et je n'en vois pas bien le fonctionnement à Saint-Alban. On ne peut pas avoir d'infirmiers diplômés en province, car ceux qui sont mis à la porte des asiles de la Seine, malgré leur diplôme, parce qu'ils sont mauvais infirmiers, ne sont pas meilleurs dans les asiles de province, et on n'en trouve pas d'autres. Il ne faut pas généraliser actuellement l'exigence du diplôme, puisqu'on se heurte à une impossibilité actuelle.

M. BALLET lui répond que le vœu soumis au Congrès comporte deux questions ; 1° une question de principe : 2° une question pratique sur la réalisation de ce vœu. C'est sur la question de principe qu'il importe de se prononcer actuellement.

M. DROUINEAU qualifie ce vœu d'un peu platonique et se demande si la réalisation en sera possible ; dans ces conditions, les deux questions signalées par M. Ballet ne peuvent être séparées. Il ajoute que, à son avis, il faudrait pour toutes ces écoles un règlement *unique* dont tous les points devraient être précisés.

M. BOURNEVILLE se déclare d'accord avec M. Drouineau.

M. TAGUET maintient ce qu'il a exposé antérieurement.

Plusieurs membres du Congrès déclarent irréalisable le vœu proposé.

M. BOURNEVILLE s'étonne qu'on ne puisse faire en France ce qui, depuis longtemps, se fait à l'étranger, en Angleterre en particulier.

M. RAYNEAU propose que des leçons pour les infirmiers et infirmières soient organisées dans les asiles.

M. DOURSONT est d'avis que des écoles d'infirmiers et d'infirmières soient organisées dans les Asiles situés au voisinage des Facultés ou des écoles de Médecine.

M. BALLET met aux voix le vœu de M. Bourneville tendant à la création de ces écoles. — Le vœu est admis à l'unanimité.

Comme complément, il met aux voix également le vœu tendant à ce qu'un programme minimum d'enseignement soit imposé à ces écoles. (Adopté).

Sont également adoptés le vœu tendant à la création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmiers ou d'infirmières, et celui d'après lequel l'examen devrait être subi devant un jury partout composé des mêmes éléments.

M. TAGUET demande si ce vœu s'étend au personnel des services généraux.

M. BRIAND propose que les infirmiers et infirmières ne puissent être nommés aux emplois supérieurs surveillants ou sous-surveillants dans les services médicaux ou généraux que s'ils sont pourvus du diplôme.

M. TAGUET demande la division de cette proposition.

Elle est adoptée en ce qui concerne les services médicaux.

M. DROUINEAU se demande si, en province, il ne sera pas impossible d'avoir des chefs d'ateliers diplômés. Il pense que le travail est le but essentiel des ateliers ; le chef d'atelier doit être d'abord un ouvrier, or pourra-t-on avoir en une seule et même personne un ouvrier et un infirmier ?

M. Briand insiste pour que le diplôme soit exigé pour le personnel des services généraux. Un ouvrier doit avoir la mentalité médicale. Les craintes de M. Drouineau ne doivent pas nous éloigner du but à atteindre. Selon M. Briand, les difficultés de l'examen ne sont pas telles que n'importe qui ne puisse obtenir le diplôme. Le stage dans un service médical est indispensable. Mais dans la pratique, certains tempéraments peuvent être apportés à cette règle dans les occasions exceptionnelles.

De nombreuses protestations se font entendre contre ces exceptions.

M. Vallon pense que l'article 8 du projet élaboré par la sous-commission nommée par le Préfet de la Seine pour étudier l'organisation des asiles de la Seine, article cité dans le rapport de M. Taguet donnerait satisfaction à tous.

M. Doutrebente fait une restriction pour le cuisinier : il ne peut attendre pour faire manger ses malades que le cuisinier ait fait le stage réclamé dans un service médical.

M. Briand, retire son vœu et se range à l'avis de M. Vallon.

M. Vallon donne lecture de l'article 8 précité... (Adopté.)

4° *Question du logement du personnel secondaire hors de l'Asile ou dans l'Asile.*

M. Bourneville pense qu'il y a avantage à loger dans l'Asile les agents mariés. Il fait ressortir la nécessité de la création d'une équipe de jour et d'une équipe de nuit pour assurer le bon fonctionnement du service.

M. Drouineau fait remarquer qu'il faut tenir compte du chiffre du personnel.

M. Doutrebente dit que la question du logement du personnel secondaire dans l'asile ou hors de l'asile ne peut se poser que si le service de nuit est assuré.

Le vœu de M. Taguet tendant à loger dans l'asile le personnel de jour est adopté.

5° *Nombre du personnel.*

M. Taguet propose le chiffre de 1 infirmier pour 12 malades pour le personnel de jour.

M. Doutrebente estime que c'est insuffisant, du moins pour les services d'infirmerie, de gâteux et d'agités.

M. Doursont est d'avis que c'est excessif.

M. Briand, estimant que la proportion proposée par M. Taguet est trop faible, propose celle de 1 infirmier pour 10 malades.

M. Giraud rappelle qu'au dernier Congrès on a voté la proportion de 1 pour 5.

M. Taguet admet la proposition de 1 infirmier pour 10 malades (non compris les sous surveillants et le veilleur dans chaque quartier). (Ce vœu est adopté).

6° *Organisation du service de veille.*

M. Taguet pense qu'il faut laisser chacun libre de l'organiser à sa façon.

M. Bourneville est d'avis que l'organisation de ce service doit être réglementée, d'autant plus qu'il n'existe pas encore dans certains asiles et qu'il n'y a pas longtemps qu'il existe dans le sien.

M. Trenel demande un service de veille permanent, qui doit être distingué des rondes de nuit que l'on organise parfois et qui achèvent d'épuiser un personnel déjà surmené. Il demande également que ce service soit fait par un personnel spécial. Il est inadmissible que des gens soient de service 24 heures par jour.

Les services que peut rendre le personnel de veille sont indéniables : il suffit de citer dans cet ordre d'idées la diminution du nombre des gâteux.

M. Bourneville pense qu'il y a avantage à combiner les rondes et les veilles.

M. Doutrebente fait remarquer que, dans ces conditions, il y aura trois services distincts : service de jour, service de nuit et service de veille : c'est peut-être excessif, à son avis.

M. Taguet donne lecture de son vœu, d'après lequel il y aura dans chaque quartier un veilleur ou une veilleuse et un surveillant ou une surveillante de ronde. (Ce vœu est adopté).

M. Trenel demande qu'on précise que le personnel de nuit sera différent du personnel de jour et que ce service sera permanent.

M. Drouineau demande quelle sera la proportion du personnel de veille.

M. Briand fait observer qu'elle ne peut être établie : elle doit varier nécessairement suivant la disposition des locaux.

M. Vallon propose qu'on admette le chiffre de *au moins un* par quartier.

M. Taguet précise à nouveau son vœu en spécifiant que le service de veille sera permanent et complètement distinct du service de jour. (Ce vœu ainsi complété est adopté).

7° *Suppression de la reposance, qui sera remplacée par une indemnité égale à la moitié du traitement, y compris les avantages en nature.*

M. Bourneville se déclare partisan du vœu.

M. Giraud. — Je partage l'opinion de M. Taguet, que la position de reposant ne peut pas être l'idéal pour un agent ayant de bons et longs services à l'asile. Les Conseils généraux n'admettent pas le personnel secondaire des asiles d'aliénés au bénéfice de la Caisse départementale des retraites du département. Il n'y a donc rien à faire de ce côté. D'autre part, l'indemnité de repos ne me paraît pas non plus à l'abri des critiques. C'est d'abord une loi générale qu'il est mauvais d'assurer une situation sans que l'individu y ait contribué au moins pour partie, sinon c'est encourager l'imprévoyance. Puis l'indemnité de repos telle qu'elle est présentée par M. Taguet est allouée sans tenir compte de la durée des services après vingt-cinq ans, et ce n'est pas équitable. Enfin, cette indemnité de repos exige que les services aient toujours lieu dans le même asile, et ne permet pas l'avancement dans un autre établissement, ce qui est encore un inconvénient. Je crois qu'il serait bien préférable d'organiser quelque chose d'analogue à ce qui existe pour les cantonniers du service vicinal de la Seine-Inférieure, qui sont obligatoirement affiliés à une société de secours mutuels, ou encore exiger, comme on le faisait pour les cantonniers des routes nationales quand ils dépendaient du service des Ponts et Chaussées, des versements réguliers à la caisse de la vieillesse. L'asile pourrait contribuer pour partie aux versements, ce qui rendrait possible une retraite convenable sans charges trop lourdes, eu égard au salaire du personnel secondaire, et resterait un encouragement à la prévoyance. Quoique ce soit une question indépendante de la retraite, je dois signaler ce qui a été fait pour le personnel attaché aux aliénés de la Seine-Inférieure et ayant des charges de famille. Toute personne mariée et ayant des enfants reçoit cinquante francs par an et par enfant au-dessous de seize ans, comme supplément de traitement et à titre d'indemnité pour charges de famille.

M. Doutrebente n'a jamais pu obtenir que ses agents soient admis à la caisse départementale des retraites. Il pense que la reposance peut être conservée : pour lui, il voit des agents du personnel secondaire qui considèrent l'asile comme leur véritable famille et qui demandent à y rester jusqu'à la fin de leurs jours : à ceux qui ne veulent pas être reposants, il donne une indemnité de 500 francs.

M. Bourneville trouve excellente cette manière de faire. Il demande donc, soit des pensions de repos (à l'Asile), soit des indemnités de repos (pour ceux qui veulent vivre hors de l'Asile).

M. Taguet ne voit pas d'inconvénient à ce que les reposants restent dans l'établissement, si cela leur fait plaisir.

M. Briand fait observer qu'on doit faire en sorte que l'on puisse en cas de nécessité se débarrasser de vieux employés qui, pour divers motifs, principalement pour ivrognerie, ne font plus l'affaire de leurs chefs. Il propose qu'on organise pour les agents du personnel secondaire des asiles quelque chose d'analogue à ce qui se fait au Touring-Club : on s'arrangerait, par exemple, de façon que les asiles versassent au livret d'épargne créé pour chaque employé autant que les employés auraient versé eux-mêmes. On aurait ainsi l'avantage d'encourager l'épargne. De plus les livrets pourraient se transmettre d'un asile à l'autre.

M. Drouineau demande qu'on insère dans le vœu un mot réservant la possibilité de la retraite.

Protestations. — Il ne faut pas de retraites départementales.

M. Taguet modifie son vœu. — La reposance, à défaut de retraite, est maintenue : il sera créé des pensions et des indemnités de repos. — Adopté.

8° *Traitement du personnel.*

M. Taguet propose un traitement minimum de 560 francs pour le personnel des deux sexes.

M. Giraud demande qu'on tienne compte des charges de famille et qu'on accorde aux employés mariés et pères de famille des indemnités en rapport avec le nombre de leurs enfants. — Adopté.

M. Bourneville demande au Congrès d'approuver l'emploi de femmes dans certains services d'hommes.

M. Doutrebente fait remarquer que c'est contraire au règlement des asiles.

M. Bourneville propose donc au Congrès d'émettre le vœu que le règlement soit revisé sur ce point.

M. Linoff appuie la proposition de M. Bourneville. Il emploie sans inconvénient des femmes dans le service d'hommes qu'il dirige dans la colonie à laquelle il est attaché dans le département du Cher. Les femmes sont particulièrement utiles dans les infirmeries.

Le vœu de M. Bourneville est adopté.

M. le Dr Doutrebente présente une pétition signée par 152 commis et employés de 39 asiles d'aliénés qui sollicitent un avis favorable de leurs supérieurs hiérarchiques présents au Congrès de Limoges. Dans cette pétition, ces modestes employés, qui travaillent sans avenir et sans possibilité d'améliorer leur situation, réclament qu'à l'avenir les emplois d'économe et de receveur qui deviendraient vacants leur soient attribués au lieu d'être donnés, comme cela arrive le plus souvent, à des personnes étrangères au personnel administratif de ces établissements. M. Doutrebente estime que les directeurs-médecins ne doivent pas rester indifférents au choix de ces fonctionnaires et que, d'ailleurs, ainsi qu'il résulte d'une décision du Ministre de l'Intérieur, en date du 5 décembre 1843, ils ont un droit de présentation au Préfet, concurremment avec la commission de surveillance.

A. Fenayrou.

Séance du 5 août (soir).

Présidence de M. Chénieux.

Sur la physionomie et la progression de certaines lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies générales. (Laboratoire de M. le Professeur agrégé Gilbert Ballet).

M. Maurice Faure (Paris). — Je présente 15 photographies microscopiques reproduisant l'aspect des cellules pyramidales (grandes cellules du lobule paracentral) chez douze malades, morts de maladies générales (pneumonie, tuberculose, lésions du foie, lésions du rein), avec des troubles mentaux plus ou moins accentués. On constate que, dans cinq cas, les cellules ont conservé le type normal, ce qui démontre, une fois de plus, que l'on peut avoir certains troubles fonctionnels cérébraux, même accentués, sans que la lésion correspondante de l'organe soit appréciable à nos investigations. Dans sept cas, au contraire, les cellules sont manifestement altérées et cette altération présente exactement les mêmes caractères dans tous les cas. Nous avons, dans des publications antérieures, insisté sur la physionomie typique de cette lésion, dont nous rappellerons seulement ici les caractères fondamentaux : forme globuleuse de la cellule, migration périphérique du noyau, décoloration centrale de la cellule. Ce qui nous paraît aujourd'hui particulièrement digne d'être signalé, c'est qu'en réunissant ainsi, dans une étude d'ensemble, ces divers cas auxquels nous venons de faire allusion, nous pouvons mettre très nettement en évidence le parallélisme d'intensité des lésions corticales, des troubles mentaux et des accidents généraux de la maladie.

Si donc l'hypothèse qui impute l'apparition des troubles mentaux dans les maladies générales (délire fébrile, confusion mentale, hallucinations, etc.) à l'action cérébrale des poisons fabriqués dans un organisme infecté ou intoxiqué est une hypothèse exacte, elle peut s'appliquer avec la même vraisemblance à l'explication des lésions que nous avons rencontrées.

Ces lésions, que nous avons vainement recherchées dans un grand nombre d'autres autopsies d'origine variée, dont le type est fort différent des lésions banales que l'hyperthermie, l'agonie, la décomposition cadavérique peuvent réaliser, paraissent devoir être rencontrées dans les cas où une toxi-infection, quels qu'en soient la nature et le siège, agira sur les cellules nerveuses pour en modifier la structure et la fonction. Dans les neurones spino-périphériques, de semblables actions donneront naissance aux polynévrites, qui s'accompagnent précisément fort souvent d'altérations cellulaires spinales, exactement semblables à celles que nous venons de montrer dans les cellules cérébrales. De même que les polynévrites sont formées de symptômes et de lésions toujours les mêmes ou à peu près, quelle que soit leur cause (alcoolisme, tuberculose, etc.), de même les lésions corticales, que nous signalons resteront les mêmes, bien que dues à des causes variées (fièvre, injection, intoxication, etc.) ; il en est ainsi, d'ailleurs, pour les troubles mentaux qui les accompagnent, et qui varient peu malgré la variété des maladies qui les engendrent (délire de fièvre typhoïde, de pneumonie, d'infection puerpérale, etc.).

Du même auteur. — La cellule nerveuse et le neurone ; structure et fonction à l'état normal et pathologique (Revue générale). *Gazette des hôpitaux, 29 juillet 1899.* — Les poliomyélites (Revue générale). *Gazette des hôpitaux du 8 octobre 1898.* — Lésions cellulaires dans la maladie de Parkinson (en collaboration avec M. le professeur ag. Gilbert Ballet). *Revue neurologique, octobre 1897.* — Atrophie des grandes cellules pyramidales dans la zone motrice de l'écorce cérébrale, après la section expérimentale des fibres de projection chez le chien (en collaboration avec M. le prof. ag. Gilbert Ballet) *Médecine moderne, 29 mars 1899.* — Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive (en collaboration avec M. le prof. ag. Gilbert Ballet) *Presse médicale, 30 novembre 1898.* — Sur les lésions cellulaires corticales observées dans 6 cas de troubles mentaux toxi-infectieux. *Revue neurologique, décembre 1899.* — Le délire dans les maladies aiguës (en collaboration avec G. Desvaux. *Médecine moderne, août 1899.* — Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépatorénales (1 vol., Ruef, éd., Paris). — Importance des lésions hépatiques dans les cas de délire au cours des maladies infectieuses (Comm. au Congrès de 1900, Paris, et *Médecine moderne*, août 1900).

M. Gilbert Ballet affirme l'importance des lésions cellulaires. Leur extrême fréquence n'infirme en rien leur valeur, comme on serait tenté de le supposer. Autrefois, Charcot pensait qu'il ne fallait pas attacher grande importance aux signes anatomo-pathologiques de dégénerescence observés dans les nerfs atteints de névrite post-typhique.

On connaît aujourd'hui l'importance de ces lésions anatomiques. Il en est de même pour les lésions cellulaires, que l'on est tenté de considérer comme insignifiantes, simplement parce qu'on les trouve très souvent. C'est un tort. Leur fréquence ne leur enlève rien de leur valeur ni de leur importance.

M. Laignel Lavastine, interne des hôpitaux de Paris, rapporte deux cas de troubles mentaux toxi-infectieux aux lésions cellulaires corticales. Chez deux malades qu'il a observés, l'un dans le service de M. le Pr Gilbert Ballet, l'autre dans le service de M. le Dr Béclère à l'hôpital Saint-Antoine, il a constaté pendant la vie les symptômes suivants : fièvre, pouls rapide, état saburral du tube digestif, facies hagard, perte des notions de temps et de lieu, délire avec hallucinations et refus d'alimentation. A l'autopsie, les lésions macroscopiques étaient banales ; mais l'examen de l'écorce cérébrale à l'hématoxyline, éosine, au picro-carmin et par la méthode de Nissl a montré, *en même temps que l'absence d'inflammation, des altérations cellulaires des grandes cellules pyramidales,* décrites pour la première fois par

M. Ballet et consistant essentiellement dans la forme globuleuse de la cellule, la chromatolyse et la migration périphérique du noyau. Des projections successives des préparations de l'auteur et de celles de MM. Ballet et Faure permettent de se rendre compte de l'identité des lésions. Ce syndrôme anatomoclinique paraît relativement fréquent.

MM. Dupré et Delarue rapportent sept cas d'ostoso-basophobie. Ils distinguent trois formes : simple, associée, mixte. Au point de vue de l'aspect clinique, ils reconnaissent deux formes, l'une continue et l'autre par accès. Ils distinguent enfin trois types : l'un paralytique, l'autre spasmodique, le troisième ataxique.

Troubles unilatéraux de la mimique faciale (hémi-mimie) chez les nerveux et sur l'importance qu'il convient de leur accorder.

MM. Lannois et Pautet (de Limoges).—Après avoir montré l'importance que les aliénistes et les neurologistes attachent à ces troubles en leur donnant une origine centrale, les auteurs, tout en faisant quelques réserves, montrent qu'il est une cause plus simple, à savoir : les altérations du nerf facial dans l'oreille moyenne. Ils rappellent la fréquence des paralysies et aussi, et c'est là le côté important de la question, des *parésies et des contractures systématisées* dues à une lésion de l'oreille moyenne, lésion pouvant passer inaperçue. MM. Lannois et Pautet présentent de nombreuses observations avec photographie à l'appui, les unes tirées d'un travail déjà publié (1), les autres prises récemment pour donner plus de poids à cette communication. Comme conclusions, les auteurs disent que la fréquence des paralysies, des parésies et des spasmes d'origine otique enlève une grande partie de leur valeur aux troubles unilatéraux de la mimique, en tant que signes de dégénérescence ou symptomatique d'une inégalité des hémisphères cérébraux. En tous cas, lorsqu'on aura à examiner des malades qui présentent ces troubles, même s'ils sont hystériques, il est indispensable de noter chez eux l'examen de l'oreille.

Catatonie et insuffisance rénale.

MM. Régis et Lalanne.— Sous le nom de « Catatonie », Kahlbaum a décrit, comme on sait, en 1874, un état pathologique constitué à la fois, cliniquement, par des symptômes psychiques reproduisant successivement ceux de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, avec confusion mentale, finalement de la démence, et par des symptômes somatiques consistant en phénomènes moteurs variables caractérisés surtout par la raideur musculaire cataleptoïde.

Kahlbaum considère la Catatonie comme une entité morbide spéciale et cette opinion est partagée par certains auteurs à l'étranger. En France, on regarde généralement la Catatonie, avec MM. Charlin, Séglas et avec M. Roubinowitch, comme un syndrome susceptible de se rencontrer sous diverses formes psychopathiques, en particulier de la stupeur. Quelle que soit la vérité à cet égard, il est un point de l'histoire de la Catatonie sur lequel on n'a pas, à notre connaissance, attiré l'attention jusqu'à ce jour, et qui nous paraît cependant d'une réelle importance : il s'agit des rapports de la Catatonie avec l'auto-intoxication. On sait déjà, par des faits publiés par Brinaud et Laury, Dupré et Rabé, Latron, qu'on peut observer des attitudes cataloptiques dans l'urémie délirante, aiguë ou chronique. Il était donc naturel de penser que la Catatonie, dont la caractéristique symptomatique au point de vue physique est précisément la raideur cataleptique, pouvait être en rapport avec une auto-intoxication, surtout rénale.

Observation. — Le malade dont il s'agit est un homme de 24 ans, sans profession, sans hérédité pathologique bien marquée, et sans antécédents personnels dignes d'être notés. Au milieu d'une bonne santé habituelle, tout à coup, le 12 mai 1897, il se plaint de céphalée, d'embarras gastrique, de lassitude générale. Il entre dans une période d'inappétence, et d'insomnie qui dure jusqu'au 23 juin, jour où apparaît une excitation anormale. Le malade est pris d'un besoin impérieux de mouvement et d'excitation désordonnée avec bouffées délirantes variées. Bientôt, son état prend un aspect franchement mélancolique, à type hypocondriaque, et il fait plusieurs tentatives de suicide. C'est dans ces conditions qu'il est pris de contractures généralisées à tout le corps, mais siégeant de préférence aux mains et aux muscles de l'abdomen. Il y a de véritables crises cataleptoïdes, dans lesquelles le corps est raidi, le regard fixé dans le vide, les pupilles démesurément grandies, le corps froid. Au point de vue mental, la stupeur est profonde ; le malade profère des sons inarticulés, véritable verbigération ; il déchire tout ce qui lui tombe sous les mains ; puis un jour, il sort de sa torpeur, entre dans une phase d'agitation maniaque, brise les glaces de sa chambre, etc. En un mot, il réalise de façon complète le tableau clinique de la Catatonie de Kahlbaum.

La nature des phénomènes observés amène notre attention sur la fonction rénale et nous constatons des perturbations qui nous mettent sur la voie du diagnostic pathogénique. Les nombreuses analyses faites nous révèlent, en effet, les particularités suivantes : 1° faible quantité d'urines émises (1000 c. c. et au-dessous) : 2° réaction alcaline ; 3° forte proportion d'ammoniaque ; 4° décomposition de l'urée dans la vessie ; 5° présence de traces d'albumine ; 6° présence d'acétone ; 7° présence de corps appartenant à la série aromatique, probablement la tyrosine ; 8° enfin la présence de phosphore incomplètement oxydé, pouvant aussi être sous la dépendance des troubles profonds que nous constatons.

A partir de ce moment-là, et en raison des troubles constatés du côté de la fonction rénale, nous instituons un traitement visant essentiellement l'auto-intoxication rénale, (diurétiques, laxatifs répétés, diète lactée, etc). Sous l'influence de cette médication, la fonction rénale ne tarda pas à s'améliorer progressivement : le taux de l'urine se releva, et la composition en redevint de plus en plus normale ; parallèlement, l'état catatonique s'amenda par degrés, les attitudes cataleptoïdes disparaissant tout d'abord, puis l'agitation, enfin la confusion mentale, et le malade arriva ainsi à une guérison complète qui ne s'est pas démentie depuis 3 ans.

Réflexions. — Il résulte de ce cas, dont nous n'avons donné ici qu'un simple résumé, que l'état pathologique désigné sous le nom de *Catatonie* peut être sous la dépendance d'une auto-intoxication rénale. Sans vouloir généraliser, à propos d'un simple fait, nous croyons qu'il doit en être fréquemment ainsi et nous appelons sur ce point important de pathogénie, susceptible de fournir à la thérapeutique une voie efficace, l'attention des observateurs.

M. Régis rappelle l'existence de troubles cérébraux consécutifs à une insolation. Les troubles observés furent d'abord de la confusion mentale, puis de l'amnésie, surtout de l'amnésie de fixation.

L'auteur pense que l'insolation provoque un état d'intoxication, ainsi que l'aspect clinique des troubles mentaux semble le montrer.

Traitement des douleurs du tabes par l'aspirine et la rachi-cocaïnisation sous-arachnoïdienne.

M. Marchand. — Dans 4 cas sur 5 de douleurs tabétiques, l'aspirine nous a donné une sédation presque complète de la douleur. Les doses ont été de 1 à 3, 4 et même 5 grammes, suivant la tolérance. L'intolérance gastrique ne se montre généralement qu'après un long emploi. Nous pensons que l'aspirine pourra rendre de grands services dans le traitement des douleurs fulgurantes du tabes et prendre place à côté de l'antipyrine et de l'exalgine dans l'arsenal thérapeutique du neurologiste. Dans 2 cas de crises gastriques violentes, nous avons eu recours à l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne suivant le procédé de Tuffier. Nous avons eu deux succès et cela sans inconvénients d'aucune sorte consécutivement à l'injection. Dans le 1er cas le malade souffrait depuis quinze jours et fut calmé complètement. Il n'a pas eu de reprise de douleurs depuis 3 semaines. Dans

(1) G. Pautet. — La mimique faciale. Paris, Baillière, 1900.

le second cas, un vomissement léger suivit l'injection. La douleur disparut complètement. Nous avons injecté environ 2 centicubes de rachicocaïne Carrion à 0,50 % à chacun de nos malades.

Nos deux observations contribuent à montrer la puissance analgésiante de doses minimes de cocaïne ainsi injectée sur les douleurs viscérales tenaces du tabes. Ce résultat est explicable si l'on songe que la cocaïne agit ainsi, localement, pour ainsi dire, sur la source même de l'évolution et de ses troubles sensitifs, les racines postérieures. Or d'après MM. Tuffier et Hallion, c'est précisément sur ces racines que s'exerce d'une façon presqu'exclusive l'action paralysante de la cocaïne.

A côté de ces avantages, l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne présente des inconvénients, asepsie, technique etc., qui limitent ses indications. Nous croyons qu'il faudra la réserver pour les cas, très peu fréquents, où l'on se trouvera en présence d'un de ces états de crise douloureuse, périphérique ou viscérale, qui souvent dure 8, 10, 15 jours et que rien ne calme. Les médications intenses, les piqûres se morphine même à dose dangereuse échouent. C'est alors que l'on pourra recourir à l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne.

MM. [illegible] et Amr. — Les auteurs ont remarqué la fréquence plus grande de la moustache et de la barbe chez les femmes aliénées. Sur mille femmes aliénées et mille normales examinées à ce point de vue les auteurs ont trouvé parmi les premières 294 femmes barbues, les secondes 479. Si l'on fait le pourcentage on obtient ainsi 29 % dans les cas normaux, 47,9 % en aliénation mentale.

M. Prosper Lemaitre pose le problème du rôle de la famille dans le [illegible].

Observation de sein hystérique.

M. [illegible] présente la photographie d'une femme atteinte de sein hystérique : tandis que le sein gauche est relativement petit et flasque, en rapport avec l'âge et l'habitus général de la malade, le droit est volumineux, piriforme et tendu avec une aréole beaucoup plus marquée. La pression du sein en masse, le pincement de l'aréole, sont hystérogènes. La malade éprouve dans l'organe des sensations de pesanteur, des lancées parfois si violentes qu'elle entra dans un service de chirurgie où la question d'intervention pour tumeur fut discutée et résolue d'ailleurs par la négative.

Les faits de ce genre, où un symptôme banal comme la zone hystérique du sein prend une importance capitale et constitue une hystérie presque mono-symptomatique, sont rares et méritent de fixer l'attention des neurologistes et des chirurgiens.

Sur la recherche des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien, le sang, dans 200 cas de troubles mentaux ou nerveux.

MM. Maurice Faure et M. Laignel-Lavastine. (*Laboratoire de M. le Prof.* L. Landouzy et de *M. le Prof. ag.* Gilbert Ballet.

La recherche des agents pathogènes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien, le sang des malades soupçonnés d'être atteints de cérébrites infectieuses ou de troubles mentaux liés à une infection générale de l'organisme, a déjà donné lieu à des travaux nombreux, principalement italiens. C'est au cours du délire aigu que les recherches ont été les plus fréquentes et les plus fructueuses, depuis la thèse inaugurale de Briand. Nous ne pouvons ici reprendre par le détail et faire la critique particulière de chacun des cas jusqu'ici publiés. Nous voulons seulement mettre en regard des recherches publiées par d'autres (et principalement des recherches ayant donné des résultats positifs), les résultats que nous a donnés, à ce point de vue, l'observation, prolongée pendant 4 années, des malades de l'hôpital Saint-Antoine et de l'hôpital Laennec, dans les services et laboratoires de nos maîtres MM. les Prof. Landouzy et G. Ballet. Les cas sur lesquels cette communication est basée sont au nombre de plus de 200. Chez plus de cent malades morts de maladies infectieuses variées sans localisations méningées, (tuberculose, pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, etc.) avec des troubles mentaux variant depuis le délire fébrile transitoire ou terminal jusqu'aux délires durables avec idées systématisées et aux syndromes les plus nets et accentués de confusion mentale, nous avons examiné systématiquement le parenchyme cérébral, la pie-mère et les vaisseaux pour y rechercher les microbes avec des colorations appropriées (bleu de Méthyle, polychrome de Vinna, thionine, etc.) Nous n'avons rencontré des éléments microbiens sur les coupes que dans cinq cas. Or, les pièces avaient, dans quatre cas, séjourné dans le laboratoire avant d'être placées dans les liquides fixateurs (alcool, formol) 108 h., 192 h., 197 h., et 221 h., (9 jours), et avaient subi un commencement de putréfaction. On doit donc présumer que la présence de ces microbes est due à cette putréfaction. D'ailleurs, sur d'autres pièces recueillies entièrement sur les mêmes cerveaux peu de temps après la mort et préparées avec la même technique, on ne voit pas de microbes. Il est donc évident que la putréfaction, à elle seule, peut amener l'apparition de microbes dans le cerveau, et particulièrement dans les vaisseaux cérébraux, qui en sont littéralement bourrés, ainsi qu'on peut le voir sur nos figures, alors que le parenchyme est à peu près indemne. Ces microbes présentent, dans les 4 cas, la même physionomie : ce sont des bacilles longs, fortement colorés, isolés ou en chaînettes, qui résistent longtemps à la putréfaction, mais finissent cependant par se putréfier, ainsi qu'on le voit sur les pièces ayant attendu 7 ou 8 jours, et dont les vaisseaux ne renferment plus qu'un magma de cadavres microbiens désagrégés, à peine reconnaissables. Dans un cas seulement, les pièces recueillies 24 heures après la mort présentent des bacilles plus longs, mieux colorés, mieux visibles, et formant des chaînettes beaucoup mieux articulées et plus étendues (voir figures). C'est aussi dans ce cas que la localisation vasculaire est la plus évidente. Comme ces pièces proviennent d'une femme qui (1), à la suite de couches, présenta une fièvre violente avec des manifestations délirantes très intenses, d'abord avec excitation, puis avec dépression et collapsus, et cela sans localisation infectieuse appréciable, soit du côté des organes génitaux soit dans d'autres viscères, l'hypothèse d'une infection sanguine primitive avec localisation cérébrale secondaire se présente naturellement à l'esprit, et ce cas peut rentrer dans le cadre du délire aigu. Cette rencontre est d'autant plus remarquable que la morphologie des bacilles que l'on voit sur les coupes et les photographies paraît se rapprocher beaucoup de celle que Bianchi et Piccinino assignent au bacille rencontré dans plusieurs cas de délire aigu, assez analogue à celui-ci.

Or, par suite d'une erreur, les pièces sur lesquelles a porté cet examen, au lieu d'être placées dans le liquide fixateur (alcool-formol), au moment où elles furent recueillies, c'est-à-dire 24 heures après la mort, furent déposées dans l'eau additionnée d'une faible proportion de formol et y séjournèrent 12 heures. Ceci se passait au mois de juillet, et par une température très élevée. Lorsqu'on s'aperçut de l'erreur et qu'on plaça le cerveau dans le véritable liquide fixateur, il avait subi un commencement de putréfaction très visible et actuellement, par l'examen histologique, on peut reconnaître dans les cellules cérébrales un début d'altération cadavérique (2). On voit donc que, même dans ce cas, il faut se garder d'attribuer cette infection cérébrale bacillaire à une autre cause qu'à la décomposition post mortem. En somme, en ce qui concerne la recherche sur les coupes de cerveau d'éléments microbiens capables d'expliquer, par leur présence, les accidents mentaux accompagnant une infection, nos études nous amènent donc à un résultat entièrement négatif. Chez 53 paralytiques généraux nous avons examiné systématiquement le liquide céphalo-rachidien pendant la

(1) Un résumé de cette observation a été donné dans la thèse de G. Desvaux.

(2) Altérations cadavériques de la cellule corticale de l'homme par MM. Faure et Laignel-Lavastine. *Société de Neurologie* de Paris, juin 1901.)

vie, au moyen de la ponction lombaire. Dans 12 cas, le liquide ensemencé a donné naissance à quelques colonies, mais les conditions de l'expérimentation permettent d'affirmer qu'il y avait eu dans ces cas des erreurs de manipulation, qui avaient amené des infections accidentelles et exogènes par des microbes de l'air ou de la peau (1). Dans tous les autres cas, nous n'avons obtenu aucune culture microbienne, ce qui nous permet d'assurer que le liquide céphalo-rachidien des 53 paralytiques généraux examinés était en réalité stérile. Et cependant, parmi eux, il en est qui, au moment même de la prise du liquide, étaient dans des états d'agitation, de délire, de fièvre ; d'autres qui étaient dans le coma, l'agonie et à la veille de leur mort ; d'autres enfin qui avaient des phlegmons, des escarres, des complications purulentes, c'est-à-dire que toutes les conditions pour obtenir des résultats positifs semblaient se trouver réunies.

Notre collègue et ami M. le Dr Rosenthal, chef de clinique adjoint de la Faculté, a bien voulu nous communiquer le résultat des études qu'il a poursuivies à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Prof. Hayem. Chez une cinquantaine de malades atteints de pneumonie, de fièvre typhoïde, de rhumatisme articulaire aigu, de purpura, de scorbut, avec ou sans accompagnement de troubles mentaux, M. Rosenthal a systématiquement mis en culture (aérobie et anaérobie) le sang dans le but d'y rechercher une infection microbienne primitive ou secondaire. Dans un seul cas de fièvre typhoïde, d'ailleurs bénigne et sans troubles mentaux, il a trouvé le bacille d'Eberth dans le sang. Tous ses autres examens ont été négatifs (2).

Conclusions. — De l'ensemble de ces recherches il résulte que chez des malades atteints d'infections variées, qui se sont parfois accompagnées de troubles mentaux bien nets et intenses, nous n'avons jamais rencontré, soit dans le tissu cérébral, soit dans le liquide céphalo-rachidien, ni dans le sang, un élément microbien auquel on pût imputer un rôle dans la genèse de la maladie. Il en est de même chez des aliénés atteints, ou non, d'infections apparentes. (Paral. gén., conf. ment., délires, etc.). Il en résulte aussi que, d'une manière générale, il est excessivement rare de trouver des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien et le sang des malades (atteints ou non de troubles mentaux), lorsque cependant ils présentent des signes généraux d'infection, hormis les cas bien connus où il y a infection localisée de l'axe cérébro-spinal, des méninges ou du sang (méningites infectieuses, abcès, encéphalites et myélites infectieuses, maladies infectieuses du sang). Nous nous étonnerons donc qu'on ait si souvent et si facilement rencontré des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien et le sang des aliénés. Nous trouverons dans ces faits un argument puissant en faveur de la théorie pathogénique que nous soutenons, et que l'un de nous a déjà plusieurs fois exposée et défendue (3).

Les troubles mentaux infectieux sont en réalité des troubles mentaux toxiques. C'est par l'intermédiaire des poisons sécrétés dans le foyer infectieux (où qu'il soit) et répandus dans tout le milieu intérieur, ou des poisons fabriqués dans d'autres parties de l'organisme sous l'influence de l'infection (fièvre, troubles digestifs, insuffisance hépatique et rénale, troubles circulatoires, troubles de la respiration et des fonctions de la peau), que se produit le trouble mental, dû à l'action du milieu intérieur vicié sur les fonctions cellulaires cérébrales. Voilà pourquoi la physionomie clinique des troubles mentaux toxi-infectieux est la même que celle des troubles mentaux toxiques ; voilà pourquoi les lésions cérébrales que nous avons rencontrées dans quelques cas de troubles mentaux toxi-infectieux (1) sont les mêmes que celles que l'on rencontre dans d'autres parties du système nerveux, au cours de l'alcoolisme, par exemple, ou d'autres intoxications analogues (2).

(1) Voir le détail de ces recherches dans la communication de l'un de nous à la *Société de Biologie*, juin 1901. (Laignel-Lavastine).

(2) G. Rosenthal. — Thèse Paris, Steinheil 1900, et publications ultérieures. *Médecine moderne*. *Société de Biologie*, de Paris.

(3) Maurice Faure. — Sur les lésions cellulaires corticales observées dans 6 cas de troubles mentaux toxi-infectieux (*Revue Neurologique*, déc. 1899.) Le délire dans les maladies aigues (*Congrès de Lille*, 1899.) Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales (Rueff, éd., 1900, Paris). Thèse de G. Desvaulx 1899 (Vigot, éd., Paris). Le délire des maladies aigues. États rhumatismaux et névropathiques secondaires à la grippe et leurs rapports avec des infections persistantes du naso pharynx (*Médecine moderne*, avril 1900). (1 brochure, Rueff, éd.)

Sur la théorie de l'obsession.

M. L. Arnaud (de Vanves). — On a appliqué à l'obsession l'une et l'autre des deux théories principales de l'émotion, la théorie *intellectuelle* et la théorie *physiologique*. Les deux théories nous paraissent également insuffisantes pour expliquer cet état morbide. La théorie intellectuelle néglige presque absolument les symptômes organiques : admettant que tout vient d'*en haut*, elle considère l'ensemble des symptômes comme de simples réactions de l'idée. On lui objecte que l'idée ne devient obsédante que grâce à l'existence d'un trouble préalable : les obsédés sont des malades avant d'avoir des obsessions précises. En outre, dans certains cas d'obsession, les symptômes émotifs précèdent et annoncent l'apparition de l'idée. D'un autre côté, la marche de l'obsession *par accès*, le défaut de rapports constants entre la nature de l'idée obsédante et l'intensité de l'angoisse, la variabilité de l'idée (dans la *panophobie*, par exemple), comparée à l'identité des symptômes émotionnels, etc., tout cela s'accorde mal avec l'hypothèse qui attribue à l'idée un rôle toujours prépondérant dans l'obsession. Inversement, la théorie physiologique ou émotive (Lange, H. James, Ribot, etc.) exagère l'influence des troubles vaso-moteurs et de l'expression émotive, au détriment des centres cérébraux supérieurs. Il n'est pas du tout prouvé que, toujours, nous soyons tristes *parce que* nous pleurons, ou effrayés *parce que* nous tremblons ; il s'en faut qu'il y ait toujours parallélisme entre l'intensité de l'émotion et son expression. Dans bien des cas, il paraît évident que l'émotion n'est qu'une conséquence de l'idée : à plus forte raison pour l'obsession, dans laquelle l'élément intellectuel est plus important que dans l'émotion simple, etc. Nous pensons que le rôle essentiel, dans la genèse de l'obsession morbide, appartient aux *troubles de la volonté*. En étudiant l'état des obsédés en dehors de leurs crises angoissantes, on reconnaît que ces malades sont tous des *abouliques*, qu'il s'agisse des mouvements ou des idées. L'étude des mouvements volontaires est, à cet égard, très instructive chez les obsédés. On retrouve ces troubles moteurs dans la *folie du doute*, type des obsessions dites *intellectuelles*, aussi bien que dans les diverses phobies. C'est la perte ou l'amoindrissement considérable du contrôle de la volonté qui permet la formation de systèmes psychologiques, produits de l'automatisme, qui s'imposent à la conscience et qui l'obsèdent.

En résumé, l'obsession morbide est un phénomène très complexe, dont la condition fondamentale est un trouble primitif et généralisé, affectant les éléments communs à la volonté et à l'intelligence : ce trouble est une *aboulie* permanente qui préexiste aux obsessions et les prépare. L'influence des idées et des émotions s'exerce dans le développement, dans l'orientation et dans l'intensité de l'obsession, ainsi que dans l'apparition et le rappel des accès. Mais l'obsession est avant tout une *maladie de la volonté*.

De la dégénérescence dans les vieilles localités.

M. B. Pailhas (d'Albi). — Les vieilles localités, tout comme les vieilles races et les anciennes familles, ont-elles leur dégénérescence ? Une étude minutieuse de la répartition, par lieux d'origine, de nos aliénés natifs du Tarn et

(1) Voyez la note précédente.

(2) On trouvera la bibliographie et l'étude d'ensemble de cette question dans notre ouvrage : « Sur un syndrome mental, etc. », Rueff, éd. 1900. Paris.

admis à l'asile d'Albi, depuis 1845, m'a permis, je crois, de répondre affirmativement à cette question. En effet, il m'a semblé que, dans un bon nombre de localités jusqu'ici isolées par le fait d'insuffisants moyens de communication, autrefois pour des raisons d'ordre surtout stratégique, les tares dégénératives s'affirmaient d'une façon particulièrement marquée, surtout en ce qui concerne la forme mentale. Dans une excellente monographie du Tarn, le docteur Maurice Bastié, de Graulhet, signale qu'il y a moins de cent ans, vu l'absence presque complète de routes dans ce département et les difficultés de communication, surtout dans la partie montagneuse, les habitants des communes émigraient peu et se mariaient entre eux, dans leur localité. D'où il suit que l'hérédité consanguine, ainsi favorisée dans ces centres de population stagnante, a dû progresser dans un sens d'autant plus morbide que l'accumulation des siècles lui permettait de fixer plus profondément l'influence des diverses causes locales de la dégénérescence. Dès lors, seront le plus tarées celles des anciennes localités qui auront le plus souffert des conditions fâcheuses des temps passés, des privations, des luttes, de toutes les défectuosités hygiéniques et morales d'une agglomération compacte ou même resserrée dans les limites étroites d'une enceinte fortifiée. Tel semble avoir été entre autres, le cas du petit village d'Ambialet, jadis place forte considérable et première résidence des vicomtes d'Albi, refuge au moyen âge des principales familles de la contrée qui viennent y chercher un asile durant les guerres du pays albigeois.

Le nombre d'aliénés originaires d'Ambialet rapporté à celui de la population actuelle de cette commune donne une proportion de 1,23 p. 100 que n'atteignent pas nos villes principales : Castres 0,60; Albi 0,97 ; Gaillac 0,68 ; Lavaur 0,71.

Comme contre-épreuve de l'aptitude dégénérative de cette localité, je signalerai le fait remarquable et logique de la coexistence dans la commune d'Ambialet d'un nombre relativement important de sourds-muets. C'est ainsi qu'une statistique officielle de 1836 relative à la surdi-mutité relevait 5 sourds-muets à Ambialet, alors qu'Albi n'en présentait que 2, Castres 1, Villefranche 3. La proportion élevée du chiffre des aliénés d'Ambialet ne saurait donc être considérée comme un fait de hasard, pas plus que celle d'autres localités tarnaises qui, comme Lautrec (1,12), Montfa (1,10), Cordes (1,88), ont autrefois constitué d'importantes places fortes.

Je n'insisterai pas sur cet aspect étiologique de la folie. En 1899, j'ai cru devoir le mettre en lumière à propos d'une étude d'ensemble sur la folie dans le département du Tarn. Peut-être ne trouverez-vous pas inutile qu'il en ait été dit un mot à l'occasion de ce Congrès.

Vœux concernant les malades délirants.

M. Régis émet les trois vœux suivants : Il y a lieu d'éviter l'internement dans les asiles de malades atteints soit de délire aigu, soit de délire toxi-infectieux. Il serait désirable de soigner ces malades dans les hôpitaux. Il y aurait pour eux des salles ou des chambres spéciales.

M. Carrier. — M. Carrier pense qu'il devrait y avoir dans les hôpitaux des quartiers d'observations dans lesquels un diagnostic ferme pourrait être porté. Ces considérations seraient applicables non seulement aux troubles mentaux, mais encore aux diverses maladies organiques relevant de la médecine générale.

M. Giraud. — L'orateur demande à ce qu'en aucun cas, un malade soit transféré à l'asile s'il est *atteint de fièvre*.

M. Régis fait observer qu'il y a des délires symptomatiques qui ne s'accompagnent pas de fièvre.

M. Ballet demande qu'on n'envoie pas trop précipitamment d'un hôpital dans un asile des malades atteints de troubles cérébraux.

M. Régis formule de nouveau son vœu de la façon suivante. « Il est désirable qu'il soit crée dans les hôpitaux des salles d'isolement pour l'observation des malades délirants ou agités et d'attendre pour les transférer à l'asile que l'aliénation mentale soit confirmée. » (*Ce vœu est adopté.*)

M. Régis demande que les déments séniles restent dans les hospices ou surtout dans les colonies spéciales où est leur véritable place. (Ce vœu est adopté.)

M. Régis demande la création de quartier d'observation dans les asiles.

Traitement médico-pédagogique des enfants idiots

M. Bourneville. — En raison de l'organisation défectueuse de l'enseignement clinique, beaucoup de médecins n'ont qu'une connaissance imparfaite des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants. D'où leur hésitation, de bonne foi, sur ce qu'il y a à faire pour cette catégorie d'enfants pourtant si nombreuse.

Dans nos *Congrès* précédents, au *Congrès international* de 1900, nous avons essayé de combler cette lacune. D'où encore cette nouvelle communication destinée à montrer, par des faits que, chez les enfants, *même les plus malades*, il est possible d'obtenir une amélioration sérieuse. A plus forte raison chez les enfants *imbéciles* ou simplement *arriérés*.

A l'appui, nous faisons passer sous vos yeux 18 photographies collectives d'enfants idiots *complets*, c'est-à-dire ne se tenant pas debout ou ne marchant pas à l'entrée, gâteux, ne parlant point, incapables de manger seuls, de s'habiller, de se laver, etc. : en un mot, êtres tout à fait végétatifs. Leurs photographies ont été prises de deux en deux ans. L'examen de ces photographies collectives les montre successivement marchant et propres, se développant physiquement et intellectuellement.

M. Bourneville résume l'observation de ses malades, voici un spécimen de ces résumés :

Bign... (Georges), âgé de 13 ans.—Cet enfant atteint d'*idiotie complète* à *l'entrée*, ne marchait pas, la parole était nulle, le gâtisme complet. *Aujourd'hui*, il est *amélioré*, la *parole* est bonne : l'enfant cependant conserve une prononciation défectueuse, mais il répond exactement quand on lui parle, fait des phrases et comprend bien tout ce qu'on lui dit. — Il s'habille, se déshabille seul et proprement. Se rend utile à tous les travaux du ménage. Son travail à la classe est bon, il écrit assez lisiblement, commence à syllaber et sait le nom des objets usuels, fait sur le cahier des barres et des 0 et travaille bien à la gymnastique. — Apprenti cordonnier, il est chaque semaine récompensé. Au *réfectoire*, il a appris à se servir de la cuiller et de la fourchette, et il mange très-proprement. Il se rend également utile à table, en aidant les plus petits à manger, à débarrasser sa table et ranger son petit panier de cuillers. Il commence à se débarbouiller seul. — Il est devenu prévenant, gai, très joueur ; n'est pas méchant pour les petits.

Ces photographies sont tout à fait démonstratives. Elles mettent en évidence la possibilité d'une amélioration considérable pouvant aller jusqu'à la guérison. De tels résultats ne peuvent être obtenus qu'à certaines conditions : 1° appliquer le traitement médico-pédagogique le plus tôt possible dès que les premiers signes de l'idiotie ont été reconnus, à deux ans, même avant. Les médecins, embarrassés consolent les parents en leur disant qu'à 7 ans il surviendra une amélioration. Cet âge arrive, mais non l'amélioration promise. Ils l'ajournent à 12, 13 ans, sans motif fondé. Cet âge arrive aussi, mais l'état s'est aggravé : à la maladie nerveuse et mentale se sont ajoutées des habitudes vicieuses.

La 2° condition à remplir, c'est de continuer le traitement avec persistance pendant un long temps, au point de vue intellectuel et au point de vue physique, afin de modifier profondément l'état nerveux fondamental, la diathèse nerveuse si l'on veut

Voici rapidement comment il faut procéder : apprendre à l'enfant à se tenir debout, à marcher, courir, sauter, monter et descendre les escaliers, à se servir de ses mains, à devenir propre : — puis éducation des sens, de la main en particulier, ce qui permet d'apprendre à l'enfant à se déshabiller à s'habiller, à se laver, à manger seul : l'enfant, peut, à ce moment, se suffire à lui-même.

Ce n'est qu'après l'obtention de ces résultats qu'il convient d'aborder l'*instruction*, en commençant par les *leçons de choses*, l'enseignement des *notions usuelles*, par exemple, le nom

des régions du corps, des parties du vêtement, des meubles du dortoir, des objets du réfectoire, de la classe : la reconnaissance des animaux domestiques, des personnes de l'entourage, etc. Ceci acquis, mais seulement alors, on arrive à l'instruction primaire et parallèlement ou plus tard à l'*enseignement manuel*. Les faits que nous venons de résumer brièvement ne laissent aucun doute sur la possibilité de parvenir à apprendre à lire, écrire, compter, chanter, à coudre, rempailler des chaises, faire des brosses, de la vannerie, etc., et cela à des enfants qui, à l'arrivée, étaient des *idiots complets*, en apparence tout à fait incurables. C'est donc à tort qu'on a prétendu exclure du traitement médico-pédagogique l'instruction primaire, dont, d'ailleurs, profitent dans une beaucoup plus large mesure les enfants moins profondément atteints, les *imbéciles* et les *arriérés*. La distinction qu'on a voulu établir entre les idioties congénitales et les idioties acquises, considérant les premières comme étant seules curables, n'est pas non plus fondée. Elle ne l'est, et encore qu'en partie, que pour les enfants atteints de méningites ou de méningo-encéphalites chroniques.

Si cette communication peut apporter la conviction dans l'esprit de nos collègues, il est certain qu'ils pourront alors être plus utiles à leurs jeunes malades en conseillant comme il convient leurs familles. Ils supprimeront des incurables.

REVUE DES MALADIES
DU NEZ, DE LA GORGE ET DES OREILLES

Rédacteur spécial : M. le Dr BARATOUX

I. — **Maladies du pharynx**, par E. ESCAT. (Traité médico-chirurgical. G. Carré et Naud, éditeur. Paris, 1901.)

Ce traité très complet renferme l'anatomie et la physiologie clinique, c'est-à-dire les connaissances utiles à celui qui s'adonne à l'étude de la spécialité, l'auteur passant sous silence l'anatomie descriptive. Après un chapitre consacré à l'examen de l'oro-pharynx, le docteur Escat entreprend la classification des angines : angines aiguës superficielles, angines aiguës sous-muqueuses et angines totales, c'est-à-dire les angines catarrhales aiguës localisées (amygdalites palatines et adénoïdes aiguës, amygdalite linguale), les angines symptomatiques (rhumatisme, scarlatine, rougeole, rubéole, grippe, érysipèle, oreillons), les angines réticulaires (angines herpétiques, zona, bucco-pharyngées), ensuite les angines pseudo-membraneuses (angines diphtériques, streptococcique diphtéroïde) les angines phlegmoneuses (amygdalite palatine et péri-amygdalite, amygdalite pharyngée et amygdalite linguale), l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien et latéro-pharyngien et la gangrène du pharynx. Suivent les états chroniques du pharynx : pharyngites catarrhales, les adénoïdites chroniques hypertrophiques (amygdales palatines, granulations, végétations adénoïdes, hypertrophie de l'amygdale linguale), etc.

Les affections spécifiques comprennent l'amygdalite ulcéro-membraneuse, la syphilis et la tuberculose. Les chapitres suivants renferment les tumeurs, les rétrécissements, les névropathies, les hémorragies, les brûlures, les corps étrangers et les vices de conformation. Cet ouvrage est le seul traité classique que nous possédions sur les maladies du pharynx. Nous en conseillerons d'autant plus la lecture qu'il est bien fait, bien écrit, bien illustré est qu'il résume toutes les connaissances sur ce sujet.

II. — **Histoire des maladies du pharynx**, par CHAUVEAU. Paris, J.-B. Baillière, 1901.

Ce livre renferme la période greco-romaine et byzantine et la période arabe. L'auteur passe en revue les prédécesseurs d'Hippocrate qui se sont occupés des angines, des ulcères et des indurations du pharynx. Puis il consacre un chapitre à six médecins grecs : Dioclès, Praxagoras, Erasistrate, Hérophile, Héraclide et Asclépiade. Avec Celse, il étudie la synanche, la parasynanche, les ulcères de la gorge et l'hypertrophie amygdalienne. Il nous résume les doctrines générales, les méthodes et le traitement par les gargarismes : vient ensuite la période d'Arétée et de Galien, qui distingue l'angine de la laryngite, puis celle d'Oribase qui pratique la saignée des veines saphènes et le massage de l'amygdale. Après ces auteurs gréco-romains, viennent les Byzantins ; Aëtius qui étudie l'angine, la diphtérie pharyngée, les corps étrangers, les maladies de la luette et les pharyngites chimiques, puis Paul d'Egine, qui pratiqua l'incision des abcès amygdaliens et la trachéotomie. Un chapitre résume ce que l'on sait à cette époque sur les maladies pharyngées, les angines et sur les divers moyens thérapeutiques et pharmacologiques. Avec la période arabe, l'auteur étudie les travaux de Rhazès, d'Avicenne, d'Albucasis et d'Avenzoardi.

Le Dr Chauveau a cru bon d'ajouter à la fin de son volume tous les textes intéressants à consulter ayant trait aux auteurs greco-romains, byzantins et arabes.

III. — **Thérapeutique des maladies de l'oreille**, par LERMOYEZ et BOULAY. (Paris, avril 1901.)

Dans ce traité en deux volumes, les auteurs passent successivement en revue l'examen de l'oreille externe et du tympan, les moyens d'aérer l'oreille moyenne avec ou sans cathéter, le lavage du conduit et de la caisse, le nettoyage à sec, les instillations de liquide, les insufflations de vapeurs, le bougivage, le massage, l'électrisation et les divers instruments destinés à améliorer l'audition. Puis viennent la thérapeutique de l'othématome, des bouchons de cérumen, des corps étrangers, des furoncles, de l'otite externe diffuse, de l'otomycose, de l'eczéma, des rétrécissements et exostoses des conduits ; puis le traitement des otites moyennes aiguës, catarrhale, exsudative, purulente, les mastoïdites aiguës avec la description de la trépanation mastoïdienne, de l'otite moyenne purulente chronique avec les opérations sur les osselets et l'évidement petro-mastoïdien, l'otite moyenne exsudadive, l'otite sèche, l'otite adhésive, avec la mobilisation mécanique, le ramollissement des brides fibreuses, la perforation du tympan et son ablation, la section du pli postérieur, la ténotomie du tenseur, la sensibilisation de l'étrier et son extraction, l'otite moyenne chronique scléreuse, l'occlusion des perforations du tympan. Après un chapitre consacré aux affections de l'oreille interne, à la syphilis, à la tuberculose, aux néoplasmes et aux traumatismes et à la surdi-mutité, les auteurs s'étendent sur l'hygiène de l'oreille chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte, terminent leur ouvrage par un chapitre sur la surveillance de l'audition.

Ce livre est le résumé de la thérapeutique actuelle. Il est écrit avec clarté et concision et mérite d'être en la possession de tous ceux qui s'occupent des maladies de l'oreille.

IV. — **De l'emploi de l'acide chromique**, en solution au demi dans le traitement des tumeurs malignes des muqueuses du pharynx, nez, larynx, par HAMON.

L'auteur cite les trois observations suivantes ; 1° Femme de 38 ans, a été opérée d'un cancer du sein gauche il y a trois ans. Dix-huit mois après cette opération, elle a vu survenir des troubles pharyngés. Examinée dès le début, on trouve une infiltration du voile du côté gauche avec un commencement d'ulcération. L'examen histologique d'un fragment de cette tumeur montre qu'il s'agit d'un épithélioma. Curettage de la paroi lésée, puis badigeonnages à la solution d'acide chromique au demi. Ces badigeonnages sont renouvelés tous les deux jours au début, puis espacés de plus en plus. Au bout de trois mois de traitement, on pouvait considérer la malade comme guérie et il n'y a pas eu de récidive depuis plus d'un an. 2° Femme de 40 ans. A été opérée d'un cancer de l'utérus, il y a quatre mois. Apparition d'un néoplasme sur le voile du palais avec commencement d'ulcération du côté droit. L'examen histologique montre un épithélioma. Même traitement que précédemment. L'évolution du néoplasme s'arrête et tend à guérir. La guérison est presque complète quand cette malade mourut, deux mois après, d'accidents pulmonaires. 3° Homme de 50 ans atteint de cancer du larynx depuis près de deux ans. Refuse toute inter-

vention chirurgicale. Comme l'oppression augmente, on lui propose la trachéotomie qui est refusée. On essaye alors les badigeonnages de l'intérieur du pharynx avec l'acide chromique au demi. La suffocation diminue et la respiration devient au bout de 15 jours, presque facile. Cet état dure jusqu'à la mort du malade, survenue 3 mois après par cachexie cancéreuse. L'auteur ne veut rien préjuger de l'avenir de cette question. Il cite seulement ces cas pour provoquer les recherches dans ce sens, car de nouvelles observations sont nécessaires.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un des doyens du corps des praticiens de Paris, le Dr Félix FIAUX, chevalier de la Légion d'Honneur, décédé subitement le 20 août courant. Le Dr Fiaux, âgé de 85 ans, avait conservé une vaillante et intelligente activité ; il avait appartenu au corps de l'internat par la promotion de 1839, où il avait été nommé un des premiers. A cette promotion, appartenaient plusieurs étudiants qui devaient se distinguer ou s'illustrer dans les sciences médicales : Oulmont, Vigne, le médecin de Labitte et de Sainte-Beuve ; Rouland, directeur de l'École de médecine de Caen ; de Puysaye, neveu de Magendie ; Richet, Claude Bernard enfin, dont F. Fiaux resta toujours l'ami. Le Dr F. Fiaux avait été un des élèves favoris de Velpeau et surtout de Reyer ; pendant le siège de Paris, il avait été médecin en chef d'ambulance ; sa valeur clinique et son caractère lui avaient valu l'estime de tous ceux qui l'avaient approché.

Le *Progrès Médical* adresse au Dr Louis Fiaux, son fils, notre distingué collaborateur, ses plus sincères et sympathiques condoléances.

VARIA

La Peste.

La peste que l'on croyait disparue à Constantinople, puisque le Conseil de santé songeait à délivrer les patentes nettes, vient de réapparaître s'il faut en croire la dépêche suivante :

Constantinople, 20 août. — Le Conseil supérieur de santé annonce un nouveau cas de peste grave. Le malade a été isolé à l'hôpital grec. Les mesures de visite médicale et de désinfection sont maintenues, mais ne dépassent pas vingt-quatre heures.

Le fléau aurait gagné la Roumanie car, d'après une dépêche de Bucarest, 25 août. — le conseil d'hygiène de Constantinople a soumis à une quarantaine de dix jours tout ce qui vient de Sinaïa, plusieurs cas de peste ayant été récemment signalés.

En Chine, d'après une correspondance des *Débats*, l'épidémie de peste dont on avait signalé l'existence à Ouang-Tchou-Ouan semble terminée. Voici quelques renseignements succincts à ce sujet. Le premier cas se produisit dans le courant d'avril et le dernier cas fut constaté le 24 mai. Depuis, tout semble rentré dans l'ordre. Neuf Européens, tous soldats, furent atteints. Deux seulement sont morts, soit 22 0/0. Cette mortalité est inférieure à celle donnée par toutes les statistiques de peste bubonique. M. le docteur Préboist, qui les a tous soignés, attribue cet excellent résultat au sérum Yersin, qui a fait merveille. La population européenne est rassurée. Les Chinois n'ont pas encore tous regagné leurs maisons qu'ils avaient pour la plupart abandonnées. L'épidémie a été pour eux assez meurtrière et il semble impossible d'en établir la statistique exacte.

Au Cap, on signale toujours de nouveaux cas de peste et l'*Agence Reuter* publie une dépêche de Capetown à la date du 26 août annonçant qu'il y a eu dix cas de peste à Port-Elisabeth pendant la semaine finie le 24 courant. Deux des malades étaient Européens.

La vieille école de médecine de la rue de la Bûcherie.

Tous nos lecteurs connaissent la vieille Ecole de médecine au coin de la rue de la Bûcherie et de la rue de l'Hôtel-Colbert, transformée partie en « maison hospitalière » partie en lavoir. Les journaux nous annoncent son dégagement prochain et attribuent sa conservation à la commission du Vieux Paris.

« Une fois de plus, dit le *Journal*, elle a réussi dans ses revendications. Grâce à son initiative, l'ancien Collège de médecine, rue de l'Hôtel-Colbert, ne sera pas sacrifié. On va incessamment s'occuper de faire disparaître les bâtiments en ruine, de repoussant aspect, qui cachent la vue des deux édifices du plus pur quinzième et du plus élégant dix-huitième siècle qui forment l'ancien collège, et on établira sur leur emplacement un square moderne. »

Nous nous permettrons de rappeler qu'avant la création de la commission du Vieux-Paris, le Syndicat des médecins de la Seine, guidé par son président, M. le Dr Le Baron, avait, par de nombreuses démarches et non sans d'assez grosses dépenses, empêché la destruction de la vieille Faculté. C'est grâce à l'activité de M. Le Baron et à la campagne qu'il a suscitée dans la presse médicale, campagne à laquelle le *Progrès medical* n'a pas marchandé son concours, que l'on doit la conservation d'un monument à la fois précieux pour les artistes, les archéologues et les médecins. Nous ne doutons pas que la commission du Vieux-Paris n'ait donné un avis favorable au rachat déjà ancien de ce vieux monument, mais il est bon de reconnaître à chacun le mérite de ses efforts et de constater que c'est à M. le Dr Le Baron, avec l'appui du syndicat des médecins de la Seine, que l'on doit la sauvegarde de l'ancienne Faculté. J. N.

Protection des enfants du premier âge.

La Préfecture de police a adressé à toutes les directrices des bureaux de nourrices la lettre suivante :

Sur l'avis du comité supérieur de la protection des enfants du premier âge, M. le ministre de l'intérieur m'invite à assurer la stricte application des dispositions de l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874, relatives aux nourrices sur lieu. Vous n'ignorez pas qu'aux termes de cet article, « toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue « de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il « est âgé de sept mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet « âge, qu'il est *allaité* par une autre femme remplissant les « conditions déterminées par le règlement d'administration « publique. » J'ai, en conséquence, l'honneur de vous informer qu'à l'avenir aucune nourrice sur lieu ne sera inscrite à la préfecture de police si elle ne se trouve dans les conditions prescrites par la loi et si elle n'en fournit les justifications nécessaires. Par suite, les pièces à fournir, indépendamment du certificat médical, seront les suivantes : 1° *si l'enfant de la nourrice sur lieu est âgé de sept mois révolus*, un extrait de l'acte de naissance de cet enfant à l'appui du certificat du maire de sa résidence ; 2° *si l'enfant est âgé de moins de sept mois*, le certificat habituel du maire, lequel devra spécifier expressément que cet enfant *sera elevé au sein et que la mere en a justifié par la production du carnet de la nourrice à laquelle elle le confiera*. MM. les maires ont reçu des instructions dans ce sens.

Agréez, etc.

Exercice illégal de la médecine par un pharmacien. — Condamnation au maximum de la peine. — Allocation de dommages-intérêts au Syndicat des Médecins de la Seine.

Tribunal correctionnel de la Seine (10e Ch.) Audience publique du lundi 22 juillet 1901. Jugement.

Le Tribunal,

Attendu que, le 10 octobre 1899, la demoiselle Coureul se présenta chez le Dr Cauchemez qui lui prescrivit l'usage d'un médicament destiné à combattre une conjonctivite intense de l'œil droit ; attendu que, quelques mois plus tard, le Dr Cauchemez constata que l'état de la malade s'était con-

sidérablement aggravé ; attendu que la demoiselle Coureul affirme que le pharmacien Guillier modifia presque immédiatement le traitement prescrit, pour ordonner de nouveaux médicaments ; qu'il n'aurait même pas craint de recourir à des interventions chirurgicales en perçant, à plusieurs reprises, avec un bistouri, des petites bulles blanches qui s'étaient produites sur l'œil de la demoiselle Coureul ; attendu que si Guillier ne conteste pas le délit d'exercice illégal de la médecine, il soutient ne s'être rendu coupable d'aucune blessure par imprudence, maladresse ou inobservation des règlements ;

Attendu que le Dr Dehenne ne peut indiquer si la perforation de l'œil de la demoiselle Coureul est la conséquence naturelle de la maladie ou si elle a été produite par une intervention chirurgicale intempestive et maladroite ; que, si la demoiselle Coureul et sa mère ont affirmé de la façon la plus formelle que Guillier avait pratiqué plusieurs opérations chirurgicales, il n'est pas établi, quant à présent, que l'état actuel de la malade soit le résultat de blessures qui lui auraient dès à présent été faites par le prévenu dans lesdites opérations ; attendu, dans ces conditions, que le délit de blessures par imprudence doit être écarté ; mais que le délit d'exercice illégal de la médecine ne saurait être contesté ; en ce qui concerne la réclamation du Syndicat des Médecins de la Seine : Attendu que cette intervention est légitime ; Par ces motifs, condamne Guillier, par application de l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892, à 500 francs d'amende ; le condamne au payement de la somme de 100 francs à titre de dommages-intérêts envers le Syndicat des Médecins de la Seine ; le condamne en outre aux dépens.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 août au samedi 17 août 1901, les naissances ont été au nombre de 1,091 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 417, illégitimes 121. Total 538. — *Sexe féminin* : légitimes, 407, illégitimes, 146. Total, 553.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 11 août au samedi 17 août 1901, les décès ont été au nombre de 765, savoir : 379 hommes et 386 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 10 F. 4, T. 14. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 3, F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 4, F. 5, T. 9. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 4, T. 5. — Diphtérie et Croup : M. 1, F. 4, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 2, F. 0, T. 2. — Autres maladies épidémiques : M. 0, F. 1, T. 1. — Tuberculose des poumons : M. 84, F. 84. T. 168. — Tuberculose des méninges : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 2. F. 6, T. 8. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 19. F. 33. T. 52. — Méningite simple : M. 11, F. 9, T. 20. — Congestion hemorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 12, F. 13, T. 25. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 28, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 2, T. 4. — Bronchite chronique : M. 2. F. 7, T. 9. — Pneumonie : M. 13. F. 12, T. 25. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 24. T. 47. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 5, F. 5, T. 10 ; autre alimentation : M. 39, F. 54, T. 93. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 3, F. 9, T. 12 — Hernies, obstruction intestinale : M. 2, F. 2, T. 4. — Cirrhose du foie : M. 5, F. 5, T. 10. — Néphrite et mal de Bright : M. 8. F. 9, T. 17. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : M. 0, F. 2, T. 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F, 4. T. 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 8, F. 6, T. 14. — Débilité sénile : M. 7, F. 10. T. 17. — Morts violentes : M. 24. F. 12. T. 36. — Suicides : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres maladies : M. 52. F. 33. T. 85. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 8. F. 1, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 23, illégitimes, 12. Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 7. — Total : 28.

Remplacements Médicaux : M. le Dr Grelault, 95, boulevard St-Michel, remplacerait un médecin à Paris.

Colonie familiale d'Ainay-le-Chateau (Allier). — Une place d'interne en médecine sera vacante à partir du 1er novembre 1901 à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) : les candidats devront être Français et avoir 16 inscriptions. Traitement annuel y compris tous les avantages en nature 1,920 francs. S'adresser au Médecin Directeur de la Colonie. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Cunéo, inspecteur général du corps de santé de la marine, commandeur de la Légion d'honneur, président du conseil supérieur de santé de la marine, de M. le Dr Daffas, conseiller général de Salviac (Lot).

Victime de la Science. — La Havane, 20 août. Le Dr Caldos, qui s'est fait inoculer le virus de la fièvre jaune par les moustiques, vient de mourir.

Victime du devoir. — Hier, ont eu lieu, à l'hospice les obsèques du soldat Bajot (Gaston-Anatole), soldat infirmier à l'hôpital de Châlons, où il est décédé, après quelques jours, d'une maladie contractée en soignant ses camarades. Le cercueil, recouvert de belles couronnes, était porté par des soldats amis du défunt. M. Strauss, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps, et un grand nombre d'officiers d'administration des divers services, ont accompagné le corps à la gare. Devant le cercueil, déposé sur un wagon, M. le médecin major de 1re classe Beaudier, médecin chef de l'hôpital militaire par intérim, a prononcé quelques paroles touchantes et fait l'éloge du soldat Bajot, victime du devoir. (*Le Français*, 22 août 1901).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 36. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 7 SEPTEMBRE 1901

Le Progrès Médical

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Méningite cérébro-spinale consécutive à une otite à pneumocoques

Par **MM. STANCULEANU** et **NATTAN-LARRIER**
Internes des hôpitaux.

Les relations de voisinage de la cavité crânienne et de la caisse permettent d'invoquer plusieurs modes d'infection des méninges par une suppuration auriculaire. Le toit de la caisse, qui sépare l'oreille du cerveau, n'est constitué que par une mince paroi osseuse, souvent perforée ou déhiscente. En outre, cette lamelle osseuse peut être atteinte d'ostéïte, se nécroser et infecter ainsi la dure-mère. D'après Jansen, le labyrinthe d'où l'infection peut gagner l'endocrâne, par les nerfs auditifs, peut aussi être une voie de pénétration de la suppuration de l'oreille dans le crâne. Enfin, un mode fréquent, — le plus fréquent d'après nous, — c'est l'infection par les capillaires et les veinules qui, partant d'une cavité suppurante de l'oreille, aboutissent au crâne. Dans ce dernier cas, les veines venant se déverser dans le sinus latéral, la méningite peut être précédée d'une thrombo-phlébite du sinus latéral qui, secondairement, infectera les enveloppes du cerveau. C'est un cas de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer à la suite d'une otite. Le malade fit la thrombose du sinus latéral, qui passa presque inaperçue, masquée comme elle le fut par des symptômes de méningite. Ce qui nous engage à publier ce cas, c'est, d'un côté, la difficulté que nous avons eu à poser dès le début le diagnostic exact des accidents, de l'autre, certaines particularités de l'examen bactériologique, et la négligence trop fréquente de l'examen auriculaire dans les cas de méningite cérébro-spinale. Nous croyons que si l'on examinait les oreilles dans tous les cas de méningite cérébro-spinale on trouverait là, souvent, le lieu de passage de l'infection qui, partie du nez ou de la gorge, provoque souvent une otite avant de frapper les méninges.

Récemment, MM. Lermoyez (1), Lubet-Barbon (2), Vaquez (1) ont publié des cas analogues : c'étaient des otites moyennes, bénignes en apparence, qui firent, au moment où l'on s'y attendait le moins, de la méningite cérébro-spinale, d'un diagnostic assez délicat.

OBS. — F.... Emile, âgé de 31 ans, de profession coiffeur, entre à l'hôpital Beaujon le 20 avril 1900, ayant été pris dans la journée de malaise et de courbature. Il était porteur d'une otite ayant débuté 40 jours auparavant ; sa femme avait été atteinte vers cette époque d'un mal de gorge qui s'est guéri d'ailleurs très vite ; lui-même ne se rappelle pas avoir eu d'angine. On note dans les antécédents personnels du malade qu'il était fortement absinthique. Quant à son otite, il ne s'est pas soigné. Lorsque nous le vîmes, à son entrée à Beaujon, il était calme, avait 39° de température, du pus crémeux sortait par l'oreille droite ; le tympan présentait une petite perforation insuffisante. Nous fîmes une large paracentèse par laquelle le pus s'écoula en abondance, et un mieux sensible s'est manifesté pendant deux jours dans son état. Pourtant la fièvre qui s'est abaissée après la paracentèse à 38° est remontée à 39°, ce qui nous inquiétait ; mais aucun autre symptôme ne pouvait faire penser à une grave complication. Lundi soir, il présente de l'agitation à laquelle succède un délire violent, et se met en chien de fusil ; le mardi matin, nous le trouvâmes étendu sur le dos ayant de la difficulté à se lever, raideur de la nuque, teinte subictérique des conjonctives, vomissements bilieux, ventre ballonné avec gros foie et grosse rate et enfin signe de Kernig. Rien à l'auscultation pulmonaire, rien au cœur. Aucun phénomène oculaire, rien à l'ophtalmoscope. Dès ce moment il n'existait plus de doute pour nous : notre malade faisait une méningite cérébro-spinale ; mais la ponction lombaire ne fut pratiquée que deux jours plus tard, le jeudi, in extremis. Elle donna un liquide franchement purulent, jaune verdâtre, avec des petits grumeaux constitués par du pus en nature. Vendredi il entre dans le coma avec de la déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. A aucun moment le malade n'a présenté de douleurs spontanées à la mastoïde ou provoquées en frappant très fort sur la mastoïde au niveau de l'antre. La jugulaire au niveau du cou est souple.

AUTOPSIE (24 heures après). Dès l'ouverture du crâne on constate que la dure-mère est légèrement saillante ; en l'incisant il s'écoule une notable quantité d'un liquide louche, légèrement ambré. Les méninges sont extrêmement congestionnées des deux côtés. Au niveau de la scissure de Ro-

(1) *Bull. Soc. méd. des hôpit.*, 1er février 1901.
(2) *Arch. internat. de laryng. et otol.*, juillet-aout 1900.

(1) *Bull. Soc. méd. des hôpit.*, 14 mars 1901.

lando, à gauche, deux placards à bords irréguliers, légèrement saillants, d'une teinte jaune verdâtre, suivent les vaisseaux sylviens, tandis qu'à droite l'exsudat remonte peu sur la convexité. A la base, les lésions sont symétriquement disposées : il existe une nappe purulente très nette dans la région de l'aqueduc et au-dessus du cervelet. Au niveau du chiasma des nerfs optiques exsudat fibrino-purulent. L'ouverture des ventricules laisse échapper un liquide abondant, présentant les mêmes caractères que le liquide arachnoïdien.

L'examen de la moelle montre les caractères suivants : nappe purulente, extradure-mérienne abondante, jaune verdâtre s'étendant de la 5e dorsale à la 2e lombaire. A l'ouverture de la dure-mère on voit la moelle plongée dans une couche purulente, plus abondante en arrière qu'en avant et davantage dans la région dorso-lombaire. L'examen du sinus transverse donne le résultat suivant : le golfe de la jugulaire et le sinus sur une longueur de 1 centimètre sont franchement purulents, contenant un liquide crémeux d'un jaune verdâtre ; plus haut, jusqu'au confluent d'Hyérophile, caillot pariétal. Ce pus n'est nullement fétide.

A l'examen de l'oreille droite, après avoir enlevé le tegmen tympani, qui se montre intact, on trouve un liquide séro-purulent peu abondant. Le temporal étant enlevé on fait des coupes horizontales qui montrent la mastoïde tout entière convertie en une vaste cavité formée par l'antre, la caisse et les cellules postérieures. La gouttière sigmoïde est cariée, mais il n'y a pas d'effraction osseuse. Et, ce qui explique le peu de réaction extérieure de cette mastoïdite, la corticale est très épaisse et éburnée.

L'examen bactériologique a donné les résultats suivants : Tout d'abord nous trouvons dans le pus auriculaire, à l'examen, dans les cultures et par l'inoculation : du pneumocoque. Le liquide de la ponction rachidienne montre, à l'examen sur lamelle, quelques diplocoques encapsulés, mais surtout de nombreuses chaînettes qui ressemblent au microorganisme de Bonome. En réalité, il s'agit du pneumocoque, car l'inoculation à la souris donne des figures typiques du pneumocoque encapsulé.

Somme toute, cette observation, comme celles citées plus haut, (Lubet-Barbon, Lermoyez, etc.), rentre dans le magistral tableau que notre Maître, M. Lermoyez, a tracé de cette sorte de méningite : début, au cours d'une bonne santé, par une otite aiguë d'apparence banale, puis, brusquement, élévation rapide de la température et phénomènes cérébraux ; à ce moment, il est déjà trop tard : il existe déjà de la méningite cérébro-spinale. Si l'on analyse toutes les observations qui ont été publiées, on voit que dans toutes le seul symptôme constant est une fièvre très élevée 39 ou 40°. Si au moment où cette fièvre éclate, il n'y a pas de grosse rétention dans la caisse, il y a de grandes présomptions que le malade fasse une grave complication intra-crânienne. La voie suivie par l'infection pour atteindre les méninges pourra être une perforation du toit de la caisse (comme dans un cas remarquable que nous venons d'observer récemment) ou très souvent la voie vasculaire (thrombose du sinus) et lymphatique (? Les cellules mastoïdiennes servent alors de lieu de passage à la suppuration qui, de la caisse, s'étend au sinus latéral. Et pourtant si la corticale externe est épaisse (dans notre cas elle mesurait presque 1 centimètre) avec une mastoïdite et une thrombophlébite, on peut n'avoir aucun symptôme local : aucune modification extérieure de la région mastoïdienne, aucune douleur à la pression. Il n'y a qu'un seul symptôme qui soit précoce pour indiquer les complications intra-crâniennes des otites : c'est une fièvre élevée (39 à 40°), sans qu'il y ait de rétention suffisante dans la caisse pour l'expliquer. Ce symptôme est le seul qui ne manque dans aucune des observations publiées. Quant à l'examen bactériologique, il était curieux de signaler ce changement de forme du pneumocoque, suivant qu'il avait passé de l'oreille dans les méninges.

NEUROLOGIE

L'Etat mental des Tiqueurs,

par **H. MEIGE** et **F. FEINDEL** (1).

On a donné des tics une foule de définitions ; leur multiplicité témoigne de leur insuffisance.

Il n'en pouvait guère être autrement, les tics affectant les modalités les plus disparates et ayant des localisations infiniment variées. Nous ne chercherons donc pas à définir le tic, nous nous contenterons de rappeler qu'il faut considérer en lui deux éléments : l'un, qui saute aux yeux, est la *manifestation motrice* proprement dite ; l'autre, qu'il faut apprendre à rechercher et qui jamais ne fait défaut : c'est un *état mental* particulier auquel d'ailleurs les troubles moteurs sont intimement unis. Laissant de côté ici la description des troubles de la motilité, nous voulons insister surtout sur les caractères de l'état mental des tiqueurs.

L'existence d'un certain désordre psychique chez les sujets atteints de tic a été constatée depuis longtemps. « Le tic, a dit Charcot, est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence, c'est par un côté une maladie psychique… c'est un produit direct de la vésanie (2) ». M. Brissaud a longuement insisté sur l'influence de cet état mental spécial aux tiqueurs. Nous avons nous-mêmes étudié à plusieurs reprises la genèse de leurs manifestations motrices intempestives (3).

A l'origine d'un tic on retrouve presque toujours un acte volontaire, une intervention de l'écorce cérébrale. L'acte, le geste, primitivement voulu et adapté à son but, estréitéré logiquement d'abord, puis, passant bientôt à l'état d'habitude, il se répète hors de propos et alors même que la cause qui l'avait provoqué n'existe plus ; dès lors, il mérite vraiment le nom de tic.

Pourquoi le sujet, qui au début a exécuté volontairement et logiquement le mouvement initial, continue-t-il à le faire involontairement et de façon intempestive ? Et pourquoi le tic, une fois établi, ne peut-il être que difficilement réfréné ? C'est que, précisément, celui qui en est victime présente un déséquilibre psychique dont il n'est pas toujours maître de corriger spontanément les effets. « Les tiqueurs, dont l'intervention volontaire pourrait empêcher la convulsion, sont par malheur de ceux chez lesquels la volonté est la plus débile, des cérébraux, des faibles…. ». Ils ont « un état mental spécial, des bizarreries, de l'excentricité, bref, une tournure d'esprit qui marque plus ou moins de déséquilibration » (Brissaud).

Les caractères de cet état mental se prêtent mal à la description. Ils offrent en effet une variabilité extrême dont la diversité des manifestations motrices est bien l'exacte traduction. A ce polymorphisme de leurs troubles psychiques, on reconnaît déjà que les tiqueurs appartiennent au vaste groupe des dégénérés ; aussi pourrait-on se contenter de décrire le tic comme une des nom-

(1) *Communication faite au Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France.* (Limoges, 2 août 1901.)

(2) CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 124.

(3) *Soc. de Neurol.*, 18 avril 1901, et *Gaz. des Hôp.*, 4 juin 1901.

breuses manifestations de la dégénérescence mentale, ainsi que l'a fait M Magnan. Il est parfaitement exact, en effet, que l'on peut retrouver chez les tiqueurs nombre de stigmates physiques et mentaux qui appartiennent également aux dégénérés non tiqueurs.

Il n'est pas sans intérêt cependant de mettre en évidence les caractères psychiques les plus saillants d'une catégorie de malades qui, par les troubles de leur motilité, constituent en neuropathologie un groupe cliniquement distinct. Au point de vue théorique d'abord, la connaissance de cet état mental permet d'éclairer la pathogénie des accidents moteurs. Au point de vue pratique surtout, on trouve là de précieuses indications sur le mode de traitement qu'il convient d'appliquer aux tics.

Tant qu'on s'est borné à ne considérer dans le tic que sa manifestation extérieure, on lui a opposé une thérapeutique insuffisante. Du jour, au contraire, où l'on a entrevu une relation entre le phénomène convulsif et l'état mental du sujet, on a pu logiquement mettre en pratique un mode de traitement rationnel. Car il n'est plus douteux aujourd'hui qu'une discipline mentale méthodique peut améliorer de façon parfois surprenante les imperfections psychiques congénitales. Les laborieux efforts de M. Bourneville sont loin d'être superflus pour les arriérés et les anormaux. Chez ceux des tiqueurs qui occupent des degrés plus élevés de l'échelle mentale —, et c'est de ceux-ci que nous voulons surtout parler — les bons effets d'une thérapeutique rééducatrice sont désormais fait acquis.

Quelle que soit l'idée que l'on se fasse d'un tic et quelle que soit la forme affectée par lui, on peut toujours dire qu'il s'agit d'un déséquilibre des fonctions motrices. Ce déséquilibre moteur, disons-nous, correspond à un déséquilibre psychique. Mais il ne faut pas se laisser duper par les apparences. Les tiqueurs ont souvent des dons naturels qui dissimulent aisément leurs défauts. Leur intelligence peut être parfaite, leur esprit vif, alerte, primesautier, leur imagination féconde ; ils ont parfois des idées ingénieuses, de l'à-propos, de l'originalité, qui séduisent de prime abord. Leurs imperfections ne sont pas moins réelles ; un examen attentif et prolongé ne tarde pas à les révéler.

Nous nous sommes attachés à noter les principaux désordres psychiques présentés par les tiqueurs qu'il nous a été donné d'observer. En y joignant les constatations faites par d'autres auteurs, nous essayons de donner ici un aperçu de cet état mental.

Les anomalies psychiques apparaissent surtout dans les manifestations de la *volonté*. Les tiqueurs ont une *volonté débile, instable*. Ils sont légers, versatiles ; ils manquent de persévérance et d'esprit de suite : modifications par défaut de l'activité volontaire. Mais, simultanément, on observe aussi chez eux des modifications par excès qui se traduisent par des désirs soudains, des caprices impérieux, de l'impatience, de l'irascibilité. Ils veulent mal ; ils veulent trop ou trop peu, trop vite ou pour trop peu de temps. Ils sont à la fois mous et fougueux, légers et violents, inconstants et avides d'aboutir. Ils sont incapables d'attention soutenue, passent brusquement d'une idée à une autre, se laissent distraire par le moindre prétexte, accordent à des futilités l'importance de choses essentielles.

Les tiqueurs sont des *émotifs*, et comme leur volonté, leur émotivité manque aussi d'équilibre. Le moindre changement dans leurs habitudes les déconcerte ; un fait, un mot, un regard imprévus, suffisent à les troubler : tantôt téméraires et tantôt pusillanimes, tantôt crédules à l'excès et tantôt entêtés. Leur *affectivité* n'est pas moins désordonnée. Ils ont des attractions, des amitiés excessives, auxquelles peuvent succéder des inimitiés et des répulsions disproportionnées, ou tout simplement l'indifférence, l'oubli.

Ainsi, d'une façon générale, l'état mental du tiqueur se traduit par le *manque d'équilibre et de pondération*.

Mais un fait surtout mérite d'être signalé, car sa constance est presque absolue, c'est que : *petits ou grands, les tiqueurs présentent l'état mental d'un âge inférieur à celui qu'ils ont en réalité*.

Déjà, en 1825, Itard avait fait cette remarque, et signalé chez ces malades « une grande mobilité des idées et une légèreté d'esprit et de caractère, qui n'appartiennent qu'à la première jeunesse et qui résistent au progrès de l'âge. » Aussi, croyons-nous qu'on pourrait qualifier cet état mental d'*infantile*.

Ne constate-t-on pas, en effet, normalement chez l'enfant cette absence de l'équilibre psychique que l'homme n'acquiert qu'en approchant de l'âge adulte ? L'enfant a la volonté légère, instable, versatile ; il a des désirs subits, des caprices passagers ; il saute facilement d'une occupation à une autre, entreprend maintes besognes sans conduire aucune à bonne fin. Il a de brusques impatiences, de vives colères, mais de courte durée. Il est, à la fois, timide et imprudent, naïf et entêté ; une futilité le fait rire, la moindre contrariété le fait pleurer. Ses affections comme ses répulsions sont sans mesure.

Enfin, l'enfant n'a-t-il pas une tendance naturelle à l'*écholalie* ?

Cet état mental est bien le même que celui que nous avons observé chez les tiqueurs. Il appartient en propre à l'enfance. Un retard temporaire, et parfois même un arrêt définitif du développement mental, tandis que se poursuit encore l'évolution corporelle, telle paraît être la principale raison de ces anomalies psychiques.

On peut, judicieusement, considérer ces dernières comme des stigmates de dégénérescence, lorsqu'on envisage l'évolution de l'espèce. Mais, quand on se contente d'observer l'individu, par comparaison avec les sujets normaux de son âge, on s'aperçoit que ses imperfections psychiques correspondent le plus souvent à des arrêts du développement mental. Elles méritent bien alors le nom d'*infantilisme psychique*.

Chez l'enfant, le défaut d'équilibre des facultés mentales est généralement corrigé par la discipline d'une éducation bien comprise ; mais, si celle-ci est mal dirigée, le déséquilibre persiste et s'accentue même. De là, les enfants *mal élevés*, les *enfants gâtés*, chez qui l'on voit persister, et s'accentuer, malgré les progrès de l'âge, les dispositions psychiques propres à l'enfance. Or, c'est surtout parmi les enfants gâtés que se recrutent les tiqueurs, car les tics ne sont le plus souvent que de *mauvaises habitudes motrices* qu'une surveillance attentive pourrait enrayer à leur début, et que, malheureusement, la négligence ou la faiblesse des parents laisse s'installer, se propager, s'invétérer au point qu'elles deviennent de véritables infirmités. Et, s'il est vrai que les tiqueurs, en avançant en âge, conservent encore une mentalité enfantine, on s'explique qu'ils soient incapables de réfréner eux-mêmes leurs mauvaises habitudes motrices. Ce sont de grands enfants mal élevés, accoutumés à céder à tous leurs caprices, ne se pliant pas volontiers à la discipline, n'ayant jamais appris à

se maîtriser. On conçoit donc, sans que nous voulions y insister ici davantage, qu'une des premières indications du traitement des tics chez les jeunes sujets soit de les habituer à une bonne discipline psychique, orientée surtout ver. l'équilibration de leurs actes moteurs.

La connaissance de l'état mental des tiqueurs permet, en outre, de comprendre les différentes modalités affectées par les tics.

On sait les étroits rapports qui unissent entre eux les idées et les actes moteurs. La parole d'Herbert Spencer et de Bain est toujours bonne à citer : « la pensée d'un fait, c'est déjà ce fait qui s'accomplit. » Entre la pensée d'un mouvement et l'exécution de ce mouvement, il n'y a pas de transition appréciable, si la volonté ne vient pas exercer son action frénatrice. Chez le sujet normalement équilibré, le frein volontaire agit au moment opportun. Chez le déséquilibré au contraire, chez celui dont la volonté débile ou versatile n'agit que trop faiblement ou hors de propos, l'acte moteur se manifeste sans rencontrer de répression. Tel est le cas de l'enfant, tel est aussi le cas du tiqueur qui a conservé une mentalité enfantine.

A cet état mental infantile, dont la caractéristique est surtout l'inconstance et la variabilité des idées, correspondent des désordres moteurs décrits sous le nom de *chorée variable* (Brissaud), et de *tics variables*. Ces deux affections relèvent de la même prédisposition psychique. Elles ne diffèrent entre elles que par les caractères extérieurs de leurs manifestations motrices qui, dans la première, rappellent les mouvements onduleux, incohérents, incomptables de la chorée de Sydenham, tandis que dans la seconde, elles sont plus limitées et plus systématiques, apparaissant tantôt ici, tantôt là, mais sans jamais se confondre. Il existe d'ailleurs, entre ces deux formes, tous les intermédiaires. Les tics variables ne sont pas autre chose que le mode d'extériorisation d'idées motrices, variables elles aussi, qu'une volonté trop faible et trop capricieuse ne peut pas réfréner.

Mais tous les tics ne sont pas variables, et l'on conçoit qu'il en puisse être ainsi lorsqu'une idée motrice devient prépondérante. On a alors affaire au *tic localisé* à un seul muscle ou à un même groupe musculaire ; ceux-ci sont généralement plus tenaces. L'existence d'un tic unique n'est pas contradictoire avec la disposition psychique que nous avons qualifiée d'*infantile*. celle-ci représente le fonds même de l'état mental des tiqueurs. Sur ce fonds, composé surtout d'anomalies par défaut, peuvent se greffer des anomalies par excès. Car les vices du développement mental se manifestent de la même façon que les vices du développement physique, tantôt par des absences, des arrêts, des retards, tantôt au contraire par des surplus, des avances, des exagérations. Bien plus, il n'est pas rare d'observer chez le même sujet la coexistence de ces processus contraires. Ainsi s'affirme encore le déséquilibre de l'évolution physique et mentale.

Au nombre des anomalies psychiques par excès que l'on rencontre chez les tiqueurs, les *idées fixes*, les *obsessions*, les *phobies*, sont les plus fréquentes. Un tic peut naître d'une idée fixe, si cette idée fixe est une idée motrice ; il est alors aussi difficile à déraciner que l'idée fixe elle-même. Un tic peut naître d'une obsession si l'idée obsédante provoque une réaction motrice. Cette pathogénie est très fréquente. Mais, inversement aussi, un tic peut devenir obsédant, si c'est la réaction motrice, le tic, qui est la cause provocatrice du syndrome obsession. D'ailleurs, le fonds de l'état mental des obsédés, dont M. Séglas a fait une excellente analyse, est, par bien des points, comparable au fonds de l'état mental du tiqueur. Aussi n'est-il pas rare de voir alterner ou se superposer chez le même sujet les tics et les obsessions. Les caractères des tics obsédants sont ceux qu'on retrouve dans toute idée obsédante, motrice ou autre ; irrésistibilité de l'idée, angoisse concomitante, satisfaction consécutive. Quant à la nature des idées obsédantes, sans vouloir établir à cet égard des distinctions bien précises, on peut dire que le plus souvent ce sont des idées scrupuleuses, des idées de doute, sous toutes leurs modalités.

Chez les enfants, par exemple, l'émotion de la première communion favorise souvent le développement des scrupules religieux. S'il s'agit d'un jeune tiqueur, il se produit alors, par une sorte de métastase, une diminution des accidents convulsifs en même temps que s'accroissent les phénomènes mentaux. Puis, passé le temps des exercices religieux, les scrupules s'atténuent et les tics s'exagèrent.

On a donné le nom de *folie du pourquoi* à un besoin irrésistible qui pousse certains sujets à trouver une explication aux faits les plus ordinaires : « Pourquoi ce vêtement a-t-il six boutons ?.... Pourquoi un tel a-t-il les cheveux blonds ?... Pourquoi Paris est-il sur la Seine ?... etc. » Ce mode d'obsession, fréquent chez les tiqueurs, rappelle singulièrement une tournure d'esprit familière aux enfants et ici encore apparaît le caractère infantile de l'état mental sur lequel nous avons insisté précédemment.

Parmi les troubles mentaux qui s'observent chez les tiqueurs, on pourrait signaler toutes les variétés de *phobies* : peur de la mort, de la maladie ; peur de l'eau, peur des couteaux, des armes à feu ; topophobie, agoraphobie, claustrophobie, etc. ; et toutes les variétés du *délire du toucher*. Ces phobies vont de pair avec une tendance évidente aux *idées mélancoliques* et hychondriaques. Les tiqueurs sont souvent préoccupés plus que de raison de leur santé. Comme les neurasthéniques, ils s'observent avec une minutie excessive, analysent avec soin leurs moindres sensations, s'efforcent d'en trouver les explications les plus singulières, généralement afin d'en tirer de fâcheux pronostics.

A l'inverse des phobies, qui englobent toutes les craintes et toutes les répulsions irraisonnées, on peut observer également des *prédilections saugrenues*, des attractions absurdes : un sujet ne peut s'asseoir que sur un siège, dormir que dans un lit, ne se servir à table que d'un couvert spécial ; tel autre ne peut entrer dans un appartement que par une porte ; un autre fera de grands détours pour passer par la même rue, et dans cette rue prendra toujours le même trottoir, et sur ce trottoir s'astreindra à poser les pieds sur les mêmes dalles...... etc.

Dans le même ordre d'idées, rentre *l'amour exagéré de l'ordre* qu'on est tout surpris de rencontrer chez des sujets dont le désordre mental est parfois extrême. Ces déséquilibrés sont complètement désorientés tant qu'ils n'ont pas satisfait à ce besoin d'équilibre impérieux et paradoxal. Ils peuvent être aussi onomatomanes ou arithmomanes.

La même tendance se traduit encore par une recherche exagérée de la *précision* dans les plus futiles détails. De là, dans les discours, des digressions interminables, des parenthèses qui engendrent des parenthèses, si bien que l'idée première étant rapidement perdue de vue, la conclusion devient impossible.

Dans le domaine affectif se retrouvent les mêmes

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT
LYSOL
ÉCHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris

excès : la crainte ou la répulsion de certaines personnes, de certains animaux, véritables phobies ; et inversement on observe aussi des tendresses excessives, des *philies*, si l'on peut ainsi parler, dont la zoophilie est une des plus caractéristiques.

Tous ces accidents psychiques ne sont pas spéciaux aux tiqueurs, mais ils s'implantent avec une facilité singulière sur le même terrain mental où l'on voit éclore les tics. Pareillement, des *hallucinations*, et même de véritables *délires*, peuvent apparaître et provoquer des réactions motrices qui, elles-mêmes, sont capables de devenir des tics.

On est ainsi amené à considérer dans l'état mental du tiqueur deux éléments : l'un, qui constitue le fonds même de la mentalité, est ce que nous avons appelé *l'état mental infantile*. L'autre se compose de *troubles psychiques surajoutés* affectant des formes diverses, mais traduisant toujours, en les amplifiant exagérément, les tendances défectueuses de la disposition psychique fondamentale, en particulier les imperfections de la volonté.

Cette distinction, dont les observations cliniques confirment l'exactitude, permet d'expliquer les différences qui existent entre les tics, selon qu'ils relèvent de l'état psychique fondamental ou des troubles mentaux surajoutés. Elle pourra servir de guide lorsqu'il s'agira d'éclaircir la pathogénie d'un tic en particulier. Elle permettra également d'apprécier le degré de sa ténacité.

Enfin, la connaissance de l'état mental des tiqueurs a une importance pratique de premier ordre. Le traitement des tics en dépend tout entier. Celui-ci, en effet, doit avoir un double objectif : la correction de la manifestation motrice intempestive et la correction des anomalies psychiques du tiqueur. On agira d'autant plus efficacement sur les troubles moteurs que l'on connaîtra mieux les défectuosités mentales auxquels ils sont intimement reliés.

THÉRAPEUTIQUE

Opothérapie ovarienne,

Par M. **Edmond VIDAL** (1).

Messieurs, dans ma dernière communication sur l'opothérapie ovarienne (2), je vous ai présenté un certain nombre d'arguments physiologiques et biologiques faits pour entraîner la conviction sur l'action thérapeutique réelle des extraits d'ovaire.

Désireux de ne laisser dans l'ombre aucun point de cette intéressante question, je vous demanderai aujourd'hui la permission d'abuser encore de votre bienveillante attention pour préciser les modes d'administration et de préparation de ces extraits.

De toutes les méthodes employées, la plus séduisante, mais la moins pratique, est la *greffe sous-cutanée ou intra-péritonéale d'ovaire frais*. Les quelques observations que j'en ai rencontrées sont le plaidoyer le plus entraînant en faveur de la méthode, témoin cette observation de *James Glass*, que publie le *New-York Medical Journal* de décembre 1898. Une jeune femme ayant subi en 1896 une double ovariotomie souffrait depuis cette intervention de troubles divers : perte de l'instinct sexuel, dépression mentale, insomnie, vertiges, bouffées de chaleur, palpitations, douleurs pelviennes, etc. Après divers traitements suivis sans succès, on lui fait la ventro-fixation le 11 mai 1898. En même temps, une jeune femme de 17 ans, largement déchirée lors d'un accouchement antérieur, fut soumise à la castration pour éviter une nouvelle conception.

On décida de transplanter dans le péritoine de la première opérée l'ovaire sain de la seconde. L'ovaire, enlevé avec précaution, fut déposé sur une gaze aseptique chaude et humectée de solution physiologique. On incisa alors le vagin de la première malade, on détacha et incisa le péritoine au voisinage du siège normal de l'ovaire et on fixa avec 2 points de catgut l'ovaire en question. Six jours après cette greffe, la malade, à sa grande surprise et à sa non moins grande joie, avait de l'éréthisme sexuel et des rêves érotiques ; au 15e jour, les règles arrivaient et duraient 2 jours pour ne reparaître que 6 mois après, et revenir ensuite régulièrement, la malade ayant recouvré une parfaite santé. Bien que venant d'Amérique, cette observation nous paraît des plus concluantes et bien faite pour entraîner la conviction ; si, dans l'esprit des chirurgiens, l'amélioration des signes subjectifs peut être imputée à la ventrofixation, on ne peut lui attribuer le retour de l'instinct sexuel et de la menstruation, retour dû indiscutablement à la greffe ovarienne. Mais c'est là un procédé d'exception, et le chirurgien aura rarement l'occasion de transplanter des ovaires sains, l'ovariotomie étant aujourd'hui, à quelques rares exceptions près, réservée aux ovaires malades.

La *voie gastrique*, qu'inaugura Howitz, de Copenhague, est la plus rationnelle. L'ingestion stomacale semble n'altérer en rien les principes de la glande, sur lesquels seraient sans action les ferments protéolytiques. L'ingestion d'*ovaire cru* semble la plus simple des méthodes, et c'est elle pourtant qui présente les plus grandes difficultés dans la pratique courante. Il est extrêmement difficile, dans les grands centres, de se procurer en toute saison des ovaires frais de génisse, de vache ou de truie : les bouchers n'allant pas toujours aux abattoirs et étant du reste incapables de discerner un ovaire d'un ganglion ; la malade doit s'y rendre elle-même chaque jour ou envoyer quelqu'un pour qui la tâche n'est pas toujours aisée. Si, en hiver, il est possible de conserver deux ou trois jours des ovaires frais dans de la glace, il faut, dès la saison chaude, renouveler chaque jour sa provision sous peine d'introduire dans les voies digestives des ptomaïnes dont les effets nocifs ne tardent pas à se faire sentir. En second lieu, bien des malades se refusent à accepter cette médication difficile à déguiser, sous cette forme, d'un nom de fantaisie. Il faut alors la complicité d'un membre de la famille qui devra déguiser suffisamment la préparation pour la faire absorber sans répugnance.

Quoi qu'il en soit, si l'on s'est décidé à user de cette forme d'ovariothérapie, après avoir débarrassé ces organes de leurs enveloppes, des ligaments, des graisses, et du sang qui les entourent, on les lave à l'eau courante, puis on les hache en morceaux très menus que l'on incorpore à un potage au tapioca, ou que l'on enroule dans du pain azyme.

Le *choix des animaux* qui doivent fournir leurs ovaires a une très grande importance. Il importe tout d'abord, pour éviter la surélévation excessive du prix de revient, de choisir des animaux de débit courant,

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris le 22 juin 1901. Voir *Progr. méd.* du 6 juillet 1901, p. 11.

(2) Voir, in *Progrès médical* du 30 mars 1901, le compte rendu de la séance du 23 mars 1901.

*

que l'on rencontre chaque jour aux abattoirs. Les ovaires de jument et d'ânesse étant en général fibreux ou kystiques seront rejetés comme défectueux. Les ovaires de truie, qui pèsent de 3 à 4 grammes, sont les plus riches en corps jaunes; mais il est difficile de s'en procurer couramment, car la castration est pratiquée dans les campagnes, et les truies arrivant aux abattoirs sont généralement vieilles, sans grande valeur physiologique.

Les *ovaires de génisse*, dont le poids est de 10 grammes, sont généralement employés; je leur préfère pourtant les *ovaires de brebis*, auxquels je recours d'ordinaire pour plusieurs raisons. La première est la crainte de la tuberculose, si fréquente chez les bovidés et dont ne garantit pas d'une façon absolue l'examen de l'animal. La seconde est que j'attribue une action beaucoup plus grande aux glandes d'un animal en pleine activité sexuelle. Je ne puis admettre l'équivalence physiologique des ovaires avant et après la parturition. La fécondation amène certainement des modifications dans les sécrétions des glandes génitales, et le suc ovarique d'un animal qui a déjà mis bas doit être plus actif que celui d'un animal encore vierge. L'ovaire de brebis ne pèse que 90 centigrammes en moyenne et sa recherche est assez difficile; mais il ne faut pas se laisser arrêter par des considérations de ce genre et l'employer couramment, comme on emploie le suc testiculaire de cobaye de préférence au suc de taureau, dont le rendement est de beaucoup supérieur, et le prix de revient bien moindre.

L'idéal serait de pouvoir employer ces ovaires au moment de leur mise en tension maximum, c'est-à-dire au moment où ils sont le plus chargés de principes actifs. L'ovaire, comme toutes les glandes, passe par des périodes d'activité et de repos. Il se charge peu à peu de zymases puis, s'évacue par les voies efférentes. Il s'agit d'utiliser ces zymases avant leur évacuation, et le meilleur moment pour cela est la période du *rut* qui précède de peu la détente de la glande. Mais cette sélection ne sera pratiquement faisable que le jour où les laboratoires biologiques écouleront le suc ovarique en quantité suffisante pour choisir eux-mêmes leurs animaux et les sacrifier au moment voulu, sans se laisser influencer par le prix de revient d'un suc ainsi sélectionné. Quoi qu'il en soit, les ovaires ayant été recueillis, il s'agit de leur faire subir une préparation permettant de les faire absorber sans répugnance par le malade.

L'*extrait complet* se prépare en pulpant ou en râpant l'organe bien dépouillé de ses enveloppes, et en le desséchant dans le vide à 30°, une température plus élevée modifiant notablement les principes actifs. Après quelques jours de dessiccation, il reste sur les plateaux une poudre brune dont 0,12 centigr. correspondent en moyenne à un ovaire de brebis. Le poids de l'ovaire de brebis étant de 0,90 centigr. pour donner à cette poudre un poids correspondant à celui de l'ovaire, on lui ajoute 78 0/0 d'une poudre inerte, généralement composée d'un mélange à parties égales de bicarbonate de soude et de sucre de lait. Ce mélange peut être incorporé à du bouillon, du lait, de l'eau, ou mis en pilules, en cachets, en comprimés, il a l'avantage de posséder toutes les propriétés de l'organe, mais aussi l'inconvénient de faire absorber, à côté du principe utile, d'autres corps inutiles ou même nocifs. C'est lui qu'on administre sous le nom d'ovarine, d'oophorine, d'ovigenine, etc., etc., à des doses correspondant à un ou deux ovaires par jour. Les *Extraits partiels* sont assez nombreux, mais pas un n'a atteint l'objectif fixé, soumis à la découverte et à l'isolement des principes actifs des sécrétions internes, comme ont été découverts et utilisés les alcaloïdes d'origine végétale. Les *Extraits aqueux* alcooliques, éthérés et chloroformés sont préparés en faisant macérer la glande fraîche dans de l'eau, de l'alcool, de l'éther ou du chloroforme, puis en desséchant dans le vide; leur utilisation est difficile étant donné le peu de principes actifs qu'ils contiennent. L'*extrait glycériné* est bien meilleur, il épuise à peu près complètement les glandes et les liqueurs concentrées sont de conservation facile. L'organe, découpé en fragments menus, est mis à macérer pendant 24 ou 36 heures dans de la glycérine, filtré sur papier, puis à la bougie d'alumine sous pression d'acide carbonique. Renfermé immédiatement dans des tubes scellés à la lampe et stérilisés au préalable, il reste limpide et conserve son efficacité après plus d'une année, ainsi que j'ai pu m'en assurer à plusieurs reprises. C'est ce mode de préparation que j'utilise en injections hypodermiques depuis plusieurs années, avec d'excellents résultats. Bien qu'ayant tour à tour essayé toutes les marques connues, je n'ai jamais eu d'abcès ni d'accidents d'aucune sorte, ce que j'attribue aux minutieuses précautions antiseptiques prises avant et pendant chaque piqûre. On accuse ces injections d'être douloureuses; elles ne le sont nullement quand on les fait au lieu d'élection, c'est-à-dire en pleine fesse, sur une ligne joignant la dernière vertèbre sacrée au bord supérieur du grand trochanter, et quand on prend la précaution d'injecter très lentement sans imprimer à l'aiguille le moindre mouvement. L'injection est grandement facilitée quand on emploie, au lieu de seringue, l'ingénieux appareil de Chevrettin-Lematte, que je vous présente. Le liquide ovarique que j'emploie journellement est contenu dans de petites ampoules de 1/2 ou 5 cent. cubes scellées à la lampe et dont l'une des extrémités est entourée d'une fine bandelette de papier buvard. Après avoir brisé les deux bouts de l'ampoule, on adapte l'extrémité autour de laquelle s'enroule le papier buvard à l'embout d'une aiguille de platine iridié munie d'un pas de vis, et à l'autre extrémité on ajuste le tuyau d'une soufflerie de vaporisateur. En pressant doucement la poire, on fait pénétrer goutte à goutte le liquide sous la peau, et l'injection se fait sans la moindre douleur. Nous sommes donc en présence de trois procédés distincts d'administration du suc ovarique: l'ingestion de l'organe frais, l'ingestion d'extrait total ou partiel, l'injection hypodermique.

De ces 3 modes de traitement, l'injection hypodermique seule m'a régulièrement donné des résultats appréciables, tant dans la ménopause naturelle ou artificielle que dans la neurasthénie féminine. On lui reproche de n'être pas acceptée facilement par tous les malades; c'est un reproche mal fondé, la malade qui souffre acceptant volontiers un traitement dont elle ne tarde pas à apprécier les résultats. On a objecté aussi la difficulté d'avoir de bons extraits que l'on puisse injecter en toute confiance sans courir le risque d'abcès ou d'infection. Or, un certain nombre de laboratoires biologiques (j'en connais au moins trois) sont à même de fournir au public médical des extraits irréprochables et honnêtement préparés, j'en use régulièrement, beaucoup de nos confrères y ont recours et nous sommes tous satisfaits. Rien ne s'oppose donc à l'emploi régulier de la médication ovarique, dont le champ d'application augmente chaque jour au grand profit de l' « Éternelle blessée », dont nos

conditions d'existence fiévreuse et agitée ont usé à la fois le système nerveux et le système génital.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des Sanatoriums pour tuberculeux

Nous avons toujours pensé que le séjour au sanatorium était un excellent moyen de guérir la tuberculose, mais nous avons toujours jugé que ce moyen, fort dispendieux, ne pouvait être mis en usage que par des initiatives individuelles ou collectives assez restreintes, que, dans une lutte contre la tuberculose, l'Assistance publique d'une grande ville, et encore moins l'Etat, ne pouvaient se servir de ce moyen trop coûteux. L'organisation des sanatoriums ne tiendra jamais qu'un rôle secondaire dans la croisade que l'on entreprend contre la phtisie ; nous en sommes absolument convaincus et un des plus éloquents défenseurs des sanatoriums, M. le Dr Daremberg, vient nous apporter de nouveaux arguments dans un article des *Débats* (1). Une lectrice de ce journal a écrit au Dr Daremberg qu'elle avait l'intention de consacrer quelques milliers de francs à la lutte contre la tuberculose. Mais elle a le souci légitime de ne pas gaspiller son argent, et n'entend « ni subventionner un médecin envisageant une affaire, ni aider de pauvres poitrinaires à mourir en paix ». C'est pour cela que cette bienfaitrice intelligente demande avis à une personne compétente.

M. Daremberg, qui lui répond par la voie des *Débats*, affirme qu'il ne connait « qu'un seul sanatorium français pour tuberculeux adultes pauvres, ayant fait ses preuves, c'est le sanatorium de Hauteville. » Notons, en passant, que c'est peu après les campagnes actives menées depuis quelques années pour la création de sanatoriums populaires.

Après cette constatation, M. Daremberg affirme qu'il ne faut pas tout donner au sanatorium, que si l'on en retire d'excellents résultats dans la tuberculose curable, ces résultats sont imparfaits et ont besoin d'être complétés. Après trois à cinq mois de séjour au sanatorium, le malade n'offre le plus souvent que les apparences de la guérison, il a besoin d'être suivi, d'être surveillé encore durant un ou deux ans. Et M. Daremberg propose à sa généreuse correspondante de consacrer son argent à la création d'une ferme à proximité du sanatorium de Hauteville, où les malades sortant du sanatorium, astreints durant de courtes heures à des travaux peu pénibles, pourraient, sous une surveillance médicale, attendre sans fatigue la confirmation de leur guérison. Certes, l'idée est bonne, mais grosse de difficultés, que M. Daremberg prévoit bien lui-même puisqu'il conseille de limiter beaucoup, au début, les admissions dans cette nouvelle institution.

Il est aisé de prévoir qu'au bout de peu de temps, cette ferme-asile serait encombrée, puisque les convalescents sortant du sanatorium après trois à cinq mois devraient y séjourner un an ou deux ans. Les produits de cet établissement seraient très restreints, les personnes admises ne devant se livrer qu'à des travaux peu fatigants tel que l'élevage des bestiaux, la fabrication du beurre, du fromage, du lait stérilisé ; les dépenses seraient en outre considérables, les malades continuant à y être soumis à la suralimentation. Tout ceci montre que les sanatoriums sont de bons instruments, mais encore imparfaits ; que, pour les perfectionner, il faut les doubler d'institutions difficiles à organiser et coûteuses et que, par ce fait, ils seront toujours insuffisants et peu nombreux. Il y a donc lieu de chercher d'autres moyens d'entraver la marche progressive de la tuberculose. Un de ces moyens peu coûteux, et plus faciles par conséquent à appliquer dans un rayon étendu, est la création de colonies familiales de tuberculeux. Cette idée que nous avons défendue, à diverses reprises, est, malgré son apparence paradoxale, absolument pratique. Personne ne discutera sa possibilité pour les enfants atteints de tuberculoses osseuses ou ganglionnaires, pour ces débilités qui sont les victimes désignées de la phtisie pulmonaire. Pourquoi, ce qui est possible pour ces derniers, ne le serait-il plus pour ces malades sortant du sanatorium avec toutes les apparences de la guérison dont parle M. Daremberg, mais qui ont encore besoin d'un an ou de deux ans de repos au grand air et de surveillance médicale ? L'organisation de ces colonies seraient plus faciles et moins dispendieuses que la création de fermes d'élevage où séjourneraient les tuberculeux ; la surveillance y serait certainement plus facile que dans les colonies familiales d'aliénés, qui cependant existent et prospèrent.

Un Congrès international d'assistance familiale aura lieu à Paris à la fin d'octobre : parmi les communications annoncées, il en est une sur l'assistance familiale des tuberculeux ; nous espérons que le cas particulier de la colonie familiale complétant le sanatorium y sera examiné et pourra servir de base à une intéressante discussion. En médecine et en hygiène, on doit tout utiliser et tirer profit de toutes les idées pourvu qu'elles soient pratiques.

J. Noir.

(1) *Journal des Débats*, 1er sept. 1901. Les sanatoriums pour les tuberculeux, par Daremberg.

La détermination des sexes. — La question de savoir comment se procurer un garçon ou une fille est toujours d'actualité. A la dernière séance de l'Académie des sciences, les maîtres les plus graves n'ont pu s'empêcher de sourire en entendant M. Bouquet de la Grye décrire une expérience tentée pour obtenir des vers à soie mâles ou femelles. Cette expérience a cependant réussi. Elle a pour auteur M. Flammarion. A la lumière solaire, l'élevage a donné moitié femelles et moitié mâles, mais à la lumière violet clair, on est parvenu à recueillir 77 mâles sur 100.

Devine si tu peux et choisis si tu l'oses.

Musée ethnographique de Budapest. — Le comte Eugène Zichy, l'intime ami du feu roi Milan, a créé il y a quelques années, à Budapest, un musée ethnographique et zoologique qui porte son nom, et qui comprend les collections qu'il a formées dans une grande expédition dans l'Asie centrale et en Chine. Pour assurer la conservation à la ville de Budapest de cet intéressant musée, le comte Zichy vient de demander au gouvernement la création d'un majorat au nom de son fils Raphael, qui va épouser la fille du marquis Pallavicini. Les propriétés affectées à ce fidéicommis seraient frappées de la servitude de l'entretien et de l'extension du musée, qui serait ouvert au public. Voilà l'avenir d'un des musées les plus intéressants et les plus originaux de l'Europe aujourd'hui mis à l'abri des vicissitudes monétaires ! (*Le Journal.*)

CONGRÈS PANHELLÉNIQUE DE MÉDECINE

Des fièvres continues et des fièvres palustres de la Grèce, par M. le Dr JEAN P. CARDAMATIS, rapporteur.

Après avoir déjà divisé les fièvres essentielles de la Grèce en fièvres palustres, en fièvres auto-infectieuses et en fièvres typhoïdes, nous venons maintenant spécifier cette classification et établir trois classes de fièvres continues, lesquelles, par ordre de fréquence, sont les suivantes : a) fièvres rémittentes ou continues palustres, b) fièvres d'autointoxication et c) fièvres typhoïdes. En effet, il résulte évidemment, non seulement de la statistique que nous avons dressée sur la base des journaux de 43 hôpitaux et hospices militaires pendant cinq années (de 1893 jusqu'à 1898)et d'après laquelle, parmi 153,158 malades, 60,125 avaient des maladies paludéennes, dont 2767 étaient des fièvres rémittentes et continues palustres ; mais aussi d'une autre statistique collective comprenant les données de la précédente et celles d'autres statistiques recueillies dans les hôpitaux communaux et complétées par les renseignements d'un grand nombre de confrères (ici encore parmi 116,119 maladies paludéennes, il y avait 4,322 malades atteints de fièvres rémittentes et continues palustres), il résulte, avons-nous dit, de toutes ces données statistiques, que le tiers de la morbidité générale se rapporte aux maladies paludéennes (de ce tiers,4 % appartient aux fièvres rémittentes exclusivement) et que, de la mortalité générale le 1/35 ou à peu près 3 % est dû aux maladies malariennes.

Il est donc hors de toute contestation que parmi les formes fébriles continues de la Grèce, les fièvres palustres rémittentes ou continues tiennent une place prépondérante eu égard à leur fréquence. Quant à la mortalité due aux fièvres palustres en comparaison à la mortalité générale, rien qu'en nous basant sur les tableaux du service statistique qui fonctionne depuis deux ans, en voici les chiffres : Pendant l'année 1899, sur une mortalité générale de 9,104 il y a 303 morts dues aux maladies paludéennes, et sur la mortalité générale de 1900,qui s'élève à 9,184, ces dernières maladies ont produit 232 morts. Mais ce n'est pas tout : la statistique que nous avons dressée par la lumière des journaux des deux grands hôpitaux de notre capitale, l'hôpital « Elpis » et l'hôpital « Evangélismos » nous fournit la conclusion de la supériorité à Athènes même, des fièvres palustres sur les fièvres typhoïdes. Parmi 10,278 malades admis dans les deux services pathologiques de l'hôpital « Elpis » de 1889 à 1899, 493 malades furent traités comme typhiques et 1830 pour des maladies paludéennes (1537 de ces derniers malades étaient atteints de fièvre intermittentes, 25 d'accès pernicieux, 172 de cachexie palustre et 91 de fièvres palustres rémittentes et continues). Pendant 17 ans, depuis que l'hôpital « Evangélismos » a ouvert ses portes, parmi les 7096 malades admis dans les salles de la pathologie interne, 801 étaient typhiques et 923 impaludés. Par la réunion des tableaux du mouvement morbide, de ces hôpitaux depuis 1889 jusqu'à 1899, nous avons un total de 15,473 malades, dont 960 furent admis et traités comme typhiques et 2,353 pour des maladies paludéennes. La morbidité de la fièvre typhoïde pour la ville d'Athènes s'élève par conséquent à 6 %, tandis que celle des maladies paludéennes s'élève à 15 %. Quant à la mortalité, d'après nos notes statistiques sur l'hôpital « Elpis » pendant un espace de dix ans, elle s'élève à 1 1/3 % dans les maladies paludéennes en général et à 9 3/4 % dans la fièvre typhoïde. Les tablettes de l'hôpital « Evangélismos » nous fournissent les résultats suivants : la mortalité est de 13/4 % dans les maladies palustres et de 10 % dans la fièvre typhoïde.

En ce qui concerne les *accès pernicieux*, la statistique officielle du ministère de l'intérieur porte pour l'année 1900, 168 morts. D'après la statistique que nous avons dressée nous-même sur les données des hôpitaux militaires de la Grèce, les accès pernicieux figurent dans le rapport de 2.9 % sur 1000 impaludés : dans une autre statistique concernant la population générale, cette analogie s'élève à 4.2 sur 1000 impaludés. La moyenne sûre de ces deux dernières statistiques est donc de 3 malades atteints d'accès pernicieux sur 1000 impaludés. En essayant de faire ressortir par la statistique de la mortalité, la morbidité en général des maladies paludéennes, et en partie celles des accès pernicieux pendant l'année 1900, attendu que nous manquons d'autre moyen, nous basons nos conclusions sur la mortalité générale des accès pernicieux. Et comme cette dernière varie de 20 à 50 % nous en prenons la moyenne c'est-à-dire 35 %. Donc, les 168 morts qu'on a enregistrées comme produites à la suite d'accès pernicieux doivent correspondre à une morbidité trois fois plus grande. Pendant l'année 1900, dans les douze principales villes de la Grèce, sur une population collective de 359,016 habitants, il y eut 504 cas d'accès pernicieux correspondant à un total de 168,500 maladies paludéennes. Parmi ces dernières, on a noté 6,740 cas de fièvre palustre rémittente et 6,230 cas de fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde, quoiqu'elle soit une maladie des villes, inversement aux fièvres palustres qu'on rencontre loin des quartiers peuplés et dans les champs ou aux environs des villes, figure pourtant dans la statistique officielle de la mortalité dans les douze principales villes de la Grèce dressée par le bureau respectif du ministère de l'intérieur, comme une maladie qui fournit la même mortalité que les maladies malariennes, tandis que ces dernières fournissent, dans la règle, une mortalité inférieure à celle de la fièvre typhoïde. Mais si, d'après la statistique, on peut faire les observations qui précèdent sur les 12 principales villes de la Grèce dont chacune compte plus de 10,000 habitants : si la statistique de toutes ces villes donne pour l'année 1899, 309 cas de fièvre typhoïde, et 303 cas de fièvres palustres, et pour l'année 1900, 251 cas de fièvre typhoïde et 232 cas de fièvre palustre pendant les années 1899 et 1900 ; si de plus, la fièvre typhoïde, qui est une maladie particulièrement fréquente dans les centres peuplés rapporte dans les douze principales villes de la Grèce, une morbidité comparativement inférieure à celles des maladies paludéennes qui au contraire sont plus fréquentes dans les villages, dans les bourgades et parmi les populations champêtres ; quelle énorme et colossale différence résulterait-il si jamais on parvenait à dresser une statistique comparative de morbidité prélevée sur la Grèce entière !

Il résulte donc de tout ce qui précède que la morbidité des fièvres palustres en général, et des fièvres rémittentes palustres en particulier, l'emporte sur celle de toutes les autres fièvres continues quelle qu'en soit la nature. Les fièvres paludéennes ne laissent pas, en effet, d'être le fléau le plus cruel de la Grèce, parce que, malheureusement, à l'exception de tout ce qui a été fait sur les lacs de Copaïde, de Soudena, et de Boéboïde, ainsi que sur les marécages de Cslyna d'Almyros et de Rhio, nulle part ailleurs n'ont été faits des travaux de drainage sur le sol marécageux de la Grèce. Quant à la fièvre typhoïde, nous croyons qu'elle n'est pas aussi fréquente qu'on le veut énoncer. En effet, la plupart des villes principales de la Grèce ne sont pas par trop peuplées ; de plus, on n'y trouve pas le plus souvent les conditions d'insalubrité communes à toutes les grandes villes, telles que la mauvaise aération, les égouts insalubres, le danger de la contamination du sol et des sources potables, etc. Ce fut toujours cette dernière contamination qui a fait éclater les épidémies de la fièvre typhoïde en Grèce (celle d'Eubée en 1879, de Nauplie en 1877-1880 et en 1885, d'Athènes en 1881 et toutes les petites épidémies de cette maladie qui éclatèrent ces dernières années). D'ailleurs, dans la plupart des foyers palustres, la fièvre typhoïde est très rare. De notre part, durant notre séjour de quatre ans en Acarnanie nous n'observâmes que quelques cas de fièvre typhoïde. Cela nous est aussi confirmé par notre confrère Phacon exerçant en Messénie et qui a bien voulu nous communiquer par lettre ses observations personnelles sur la fréquence très rare de la fièvre typhoïde. En Messénie, dit-il, foyer très intense de paludisme, ainsi que dans ses environs, le typhus abdominalis fut très rarement observé et cela avec une allure sporadique et non comme une épidémie étendue. La même chose nous est affirmée tout dernièrement par notre éminent confrère Jean Théophanidis qui, durant 46 ans d'exer-

cice à Agrinion n'a observé que très rarement la vraie fièvre typhoïde. Cette rareté de la maladie éberthienne dans les foyers du paludisme donna lieu à la formulation de l'opinion de l'antagonisme entre le paludisme et la fièvre typhoïde : l'empire de cette opinion continue encore aujourd'hui à exister dans plusieurs pays affligés par le paludisme. Mais ce qui fait aussi accepter l'opinion de la non fréquence de la fièvre typhoïde en Grèce ce sont les chiffres de la statistique sanitaire. La mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux d'Athènes s'élève à 10 % à peu près : ce pourcentage doit être diminué d'un dixième et être réduit à 9 % parce qu'on sait que la mortalité dans les hôpitaux est toujours supérieure à celle qui a lieu dans la clientèle. Or, la statistique officielle dressée dans le ministère de l'intérieur par les années 1899 et 1900, note 561 morts produites par la fièvre typhoïde dans les douze principales villes de la Grèce. Il résulte donc par analogie que, pendant les années 1899 et 1900 ; il y eut dans ces villes 6,230 cas de fièvre typhoïde auprès de 6,740 cas de fièvres rémittentes palustres.

On en conclut sûrement que les cas de fièvre typhoïde ne pullulent pas en Grèce autant qu'on le veut prétendre, et que les fièvres palustres rémittentes ou continues, qui l'emportent quant au nombre des cas sur la fièvre typhoïde dans les foyers mêmes de cette dernière maladie, tiennent, sans contredit, comme fréquence, le premier rang parmi les formes fébriles continues qu'on rencontre dans la Grèce entière.

II

L'impossibilité de distinguer des classes dans le chaos des fièvres et, en particulier, l'impossibilité où l'on était de produire la lumière sur cette classe de fièvre qui se trouve voisine des deux côtés des fièvres typhoïdes et des fièvres palustres créa cette classe mixte des fièvres qu'on a nommée fièvres typho-malariennes (typho-malarial fever) et qui représente précisément les fièvres mixtes de Jacquot, d'Arnould, de Barudel, de Schmidt, etc. On s'est avisé de cette classe mixte de fièvres au moment où l'existence pathologique de la fièvre typhoïde fut établie comme une maladie essentielle et que la domination de l'infection palustre sur toutes les maladies fébriles fut définitivement ébranlée.

La dénomination de fièvre typho-malarienne fut créée depuis la guerre de l'indépendance de l'Amérique pour qualifier certains cas pyrétiques que l'on croyait de nature palustre et de physionomie typhoïde. Ce phénomène fut ailleurs expliqué (1) comme procédant de processus putride ayant lieu dans le tube gastro-intestinal simultanément à l'évolution d'une fièvre palustre. L'opinion qui a prévalu de nos jours est celle qui fait de la fièvre typho-malarienne une fièvre typhoïde prenant son développement sur un terrain atteint en même temps par le paludisme, et formant un aspect clinique à part, qui représente une entité morbide spéciale. Les fièvres typho-malariennes en Grèce étaient considérées de nature palustre sous la forme d'une fièvre continue ou rémittente et avec l'expression d'une fièvre typhoïde dont l'élément typhique était élaboré au sein de l'économie, ou, ce qui revient au même, elles étaient considérées comme des fièvres paludéennes avec auto-intoxication (D. Rizopoulos). En outre le terme de *fièvre typhoïde palustre* signifiait l'embarras gastrique fébrile lui-même qui était surnommée la gastrique (Chr. Koryller). La plupart donc des auteurs admettaient que dans la fièvre typhoïde palustre ou la fièvre typho-malarienne, il y a réunion et collaboration de deux éléments en même temps, l'élément palustre d'une part et l'auto-intoxication de l'organisme d'autre part. Aujourd'hui, sous le terme exprès d'hélotyphose ou fièvre typho-malarienne, on entend rien qu'une infection combinée. Mais une telle infection combinée sous une forme unique, produite par deux maladies spéciales distinctes anatomo-pathologiquement et cliniquement par des caractères apparents, et représentée sous un masque ou sous une entité morbide particulière, une telle infection ne pourrait exister selon notre avis : parce que le paludisme, comme la fièvre typhoïde, sont deux maladies dont chacune jouit d'une existence pathologique particulière, et d'une pathogénie respective : elles ne peuvent en conséquence se combiner ou s'unir pour produire une tierce maladie, l'hélotyphose, considérée comme une entité morbide essentielle et reproduisant un tableau clinique à part. Cette croyance n'a qu'une valeur historique, de même que celles qui prétendaient comme possible la transmutation d'une fièvre palustre à une fièvre typhoïde par la seule influence des fonctions de l'économie, ou encore le contraire. On doit répéter la même chose pour ces cas de paludisme qui venaient à se compliquer d'érysipèle, de péritonite, de dysenterie, de choléra, ou de syncope, que l'on qualifiait comme des accès pernicieux érysipélateux, péritonoïques, dysentériques, cholériques, syncoptiques, etc., c'est-à-dire comme des entités morbides distinctes entre elles. Personne, il est vrai, ne peut nier les complications possibles dans le paludisme. Mais ces complications ou ces maladies intercurrentes ne sont sans doute pas autant des indices pour qu'on établisse des maladies d'une existence particulière, parce qu'en se conduisant de la sorte, on court tous les dangers de produire un tel chaos parmi les espèces des maladies qu'on n'en peut prévoir les dimensions. De même qu'à propos du paludisme qui vient à se compliquer avec la tuberculose, le choléra, la dysenterie, le typhus récurrent, la variole, l'érysipèle et d'autres maladies, l'on ne peut créer des substances pathologiques particulièrement ; de même lorsque le paludisme évolue simultanément à la fièvre typhoïde, l'on ne peut reconnaître une troisième maladie essentielle, ce qui nous fait rejeter l'opinion qui fait de l'hélotyphose ou fièvre typho-malarienne une entité morbide à part, indépendante, essentielle. La plupart des médecins coloniaux italiens et anglais (*Congrès d'Hygiène et de démographie*, London 1891) considèrent que la fièvre typhoïde n'a rien à voir dans la fièvre typho-malarienne. A Rome, d'après ce que rapportent Bacceli et Ascoli, on n'a point observé de semblables formes de fièvre. Parmi les médecins français, Sabatier (*Arch. de méd. et pharm. milit.*) qui a suivi en 1899 l'expédition de Madagascar, Yersin (*Arch. de médec. nav. et colon.*, 1895), et Maget (*Arch. de méd. nav. et colon.*, 1895) qui s'est appuyé sur un grand nombre d'autopsies faites par lui-même (dans ces autopsies il a remarqué, comme autrefois l'a fait Huspel, l'intégrité des plaques de Payer) considèrent ces formes fébriles, d'accord avec Ailken et Obadarnaire, comme des fièvres palustres qui ne sont pas justiciables de la quinine.

Le développement d'infections secondaires à propos d'infections primitives ainsi que l'existence de combinaisons microbiennes, sont des faits qui n'admettent point de discussion ; telles sont par exemple les combinaisons du streptocoque avec le bacille de la diphtérie : du virus de la rougeole et de la scarlatine avec différentes espèces de streptocoques ou de staphylocoques : la combinaison des gonidies septiques et pyogènes avec la fièvre ou la dysentérie, etc., la combinaison du bacille de Koch avec l'aspergillus fumigatus, le microcoque tétragène, les microbes de la suppuration, etc., enfin la combinaison d'un microbe pathogène avec un autre microbe non dangereux (dans certains cas de pneumonie, par exemple, on rencontre la gangrène déterminée par le staphylocoque doré etc.). Dans toutes ces combinaisons microbiennes, il s'agit toujours d'une combinaison d'un microbe pathogène avec un parasite ou un saprophyte ou avec des gonidies pyogènes, ou d'une combinaison de variétés d'une même espèce microbienne, ou enfin d'une combinaison d'un microbe pathogène avec un microbe inoffensif (c'est alors que tous ces microbes acquièrent de la toxicité par l'influence du virus de la maladie spécifique. Scarlatine, rougeole, variole, etc., peuvent déterminer les infections dites combinées). Mais une combinaison de microbes pathogènes spécifiques, ou plutôt une combinaison de maladies spécifiques ou même aiguës, comme par exemple, variole et fièvre typhoïde, nous croyons et surtout dans ce dernier cas (paludisme et fièvre typhoïde) qu'une pareille combinaison ne pourrait s'accomplir que rarement. Toujours est-il que dans cette combinaison on doit concevoir qu'il n'en résulte une troisième maladie distincte, essentielle, mais que l'un des

(1) Catriki Proodos, Année 2e, fasc. 6e, Juin 1897, pag. 171.

agents morbigènes demeure en état latent, sans pouvoir influencer les altérations et les symptômes de la maladie primitive, soit qu'il s'agisse d'une fièvre typhoïde, soit d'une infection palustre. ou enfin que l'un des deux agents disparût complètement. comme cela arrive en cas d'albuminurie consécutive à la scarlatine en cas de myocardite qui se développe chez une personne qui a fait depuis longtemps une maladie infectieuse, ou en cas de tuberculose qui apparaît après l'influenza. la rougeole ou la coqueluche, et qui ne tient plus lieu d'infection secondaire mais d'une infection éloignée.

Les recherches microscopiques de Vincent (*Mercredi médical* 1895) et de Mac Naught (*Brit. med. Journ.*, 10 nov. 1900) quoiqu'elles soient diamétralement contraires à celles du Dr Rho (Maladies prédominantes aux pays chauds et tempérés) qui n'a jamais réussi à déceler les hématozoaires du paludisme pendant l'expédition en Abyssinie. et celles du Dr Pasquale qui n'a retrouvé que le bacille d'Eberth et cela à propos de deux cas seulement, elles prouvent cependant en apparence la coexistence rare. il est vrai. mais possible, du parasite palustre et du bacille typhique. Mais les cas de cet auteur portaient sur des individus antérieurement impaludés et chez lesquels l'infection primitive ayant modifié la constitution chimique de l'économie avait rendu le champ propice au développement de la fièvre typhoïde. Ce ne fut qu'après beaucoup de recherches que Vincent parvint à déceler, en très petit nombre, l'existence des parasites palustres dans le sang de la périphérie ; sur un seul cadavre il peut retrouver les parasites dans le parenchyme splénique. L'existence du parasite palustre chez le typhique ou l'existence du bacille d'Eberth chez l'impaludé n'est pas, selon notre avis, un fait d'importance égale à celle qu'on saisit entre le bacille de Koch et la maladie du diabète sucré. En premier lieu, parce qu'il n'y a pas entre ces deux maladies, le paludisme et la fièvre typhoïde, antagonisme parfait tel qu'on rencontre, entre l'érysipèle et l'eczéma, entre le vaccin et la variole. entre la maladie du bacille pyocyanique et l'anthrax ou entre l'anthrax et le streptocoque ou le pneumocoque (Emmerich, Pawlowski) et en second lieu. parce que ceux qui sont atteints d'élotyphose ou fièvre typho-malarienne sont de vieux palustres, par conséquent, il n'est pas étonnant de retrouver chez eux le parasite palustre après beaucoup de recherches, d'autant plus que l'on peut déceler l'existence de ce parasite dans le sang des individus qui séjournent depuis longtemps dans les foyers du paludisme et qui n'ont jamais pourtant présenté de manifestations palustres. (Dans ce dernier cas si l'on ne parvient à rencontrer le parasite palustre dans le sang de la périphérie, on le retrouve à coup sûr dans la rate en état latent). En troisième lieu, parce que la plupart des observateurs sans en excepter Laveran lui-même, sont d'accord à reconnaître que le parasite palustre une fois disparu de la circulation sanguine y réapparaît par la rechute de la fièvre intermittente dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Ce dernier fait ne laisse que corroborer notre opinion que dans la fièvre dite typho-malarienne l'un des deux agents demeure en état latent, et que par conséquent il n'y a que l'une des deux infections qui se développe d'une façon apparente, qu'il s'agit d'une infection unique de laquelle ne pourrait point résulter une entité morbide différente. Quoiqu'on ait vu le paludisme succéder à la fièvre typhoïde ou encore le contraire, c'est-à-dire la fièvre typhoïde se développer consécutivement au paludisme. de notre part du moins, nous ne saurions admettre la fièvre typho-malarienne comme une forme fébrile mixte telle que la veulent les auteurs Anglais, pour la raison suffisante que nous ne l'avons jamais observée. La validité de notre opinion est mieux prouvée par l'étude du mouvement nosologique de toutes les expéditions de guerre, du temps, du mode, du moyen de développement, de l'évolution et de la terminaison de la maladie, des études microscopipues faites sur cette maladie, des phénomènes anatomo-pathologiques : il y a également lieu de mettre en parallèle l'analogie que comporte la coli-bacillose avec la fièvre typhoïde, de plus il est à considérer que le bacille d'Eberth ne représente pas le seul et unique agent qui puisse donner lieu à l'état typhoïde, que Rodet et Roux chez des sujets pris pour typhiques n'ont retrouvé que le coli-bacille ; que Gibbert et Girode ont remarqué les processus suppuratifs des plaques de Payer avec des altérations du foie et de la rate dues à l'action du bacille pseudo-typhique ; outre cela qu'il y a plusieurs genres microbiens qui tout en provoquant de fortes entérites peuvent également présenter des altérations anotomo-pathologiques tout à fait analogues à celles produites par le bacille d'Eberth. Tous ces traits sont de nature à nous donner la conviction que dans la fièvre typho-malarienne ou hélotyphose, suivant l'aspect clinique, certains cas de cette maladie relèvent entièrement de la fièvre typhoïde exclusivement et sont en conséquence des fièvres typhoïdes sans mélange ; dans d'autres cas c'est l'auto-intoxication ou la coli-bacillose qui doit être incriminée ou enfin le paludisme avec auto-infection ou colibacillose.

Conclusions générales. — 1) Dans la ville d'Athènes, la morbidité des maladies palustres en général s'élève à 15 % et celle de la fièvre typhoïde à 6 %. La mortalité des maladies paludéennes est de 1 1/2 %. et celle de la fièvre typhoïde de 10 % à peu près. 2) Les fièvres palustres dans toute la Grèce représentent le tiers de la morbidité générale et le trente-cinquième de la mortalité générale. 3) Parmi toutes les maladies paludéennes, 4 p. 100 relèvent exclusivement de fièvres continues palustres. 4) Dans le cadre des formes fébriles essentielles continues ou rémittentes rentrent en Grèce, les fièvres palustres rémittentes ou continues et les fièvres typhoïdes. A la place de la rémittente climatique des pays chauds, des fièvres mixtes de Jacquot, de la fièvre typho-malarienne des auteurs Anglais et Américains se trouvait en Grèce la fièvre gastrique proprement dite, tandis que la place de la fièvre typho-malarienne était occupée par le typhus palustre (hélotyphus) ou fièvre palustre typhisante : sous ces termes était comprise la fièvre palustre rémittente avec auto-intoxication de l'organisme. 5) Aux points de vue clinique et microscopique, l'étude que nous avons faite de la classe essentielle de fièvre continue qui touche de deux côtés aux fièvres palustres et aux fièvres typhoïdes types et qui se présente tantôt sous les traits de la fièvre continue palustre et tantôt sous ceux de la fièvre typhoïde, nous a permis de démontrer par nos cas d'observation clinique et par nos recherches microscopiques (publiées dans la *Grèce médicale*, Nos 8-12 de 1900 et No 1 de 1901) qu'elle n'appartient ni aux fièvres palustres ni aux fièvres typhoïdes types, mais bien à l'auto-intoxication de l'organisme ou tout au plus à la coli-bacillose. 6) En nous appuyant sur les données des statistiques officielles, nous divisons par ordre de fréquence, les fièvres continues essentielles de la Grèce en trois grandes classes suivantes : *a*) Fièvres continues palustres ; *b*) Fièvres d'auto-intoxication ou de coli-bacillose : *c*) Fièvres typhoïdes types. 7) Parmi ces classes figureraient, d'après certains auteurs, comme formes fébriles continues ou rémittentes intermédiaires, certaines fièvres d'une moindre importance, les fièvres typho-malariennes, c'est-à-dire des fièvres batardes résultant de la combinaison du parasite palustre et du bacille d'Eberth. Nous ne considérons pas l'existence de ces fièvres comme pouvant reproduire une modalité pathologique à part ; aujourd'hui sous le terme hélotyphose ou fièvre typho-malarienne on sous-entend rien qu'une infection combinée. Mais nous croyons qu'une infection combinée représentée sous un type particulier ou comme une modalité à part qui résulterait comme troisième infection distincte de deux autres infections hétérogènes, ne saurait exister de même qu'il ne pourrait exister comme une entité morbide particulière la complication du paludisme avec la péritonite, la dysenterie, l'érysipèle, le choléra et autres maladies. Nous admettons toutefois que le paludisme et la fièvre typhoïde peuvent en vertu de la loi des combinaisons microbiennes se compliquer l'une l'autre et constituer théoriquement l'infection dite mixte, mais cela dans des cas tout à fait rares et exceptionnels, où il n'y a pas certainement production d'une troisième maladie essentielle, mais l'un des deux agents morbigènes demeure en état latent, et partant dans ces infec-

tions dites mixtes, il n'y a développement apparent que de l'une des deux infections qui représente de la sorte non point une infection mixte, mais une infection unique. De l'étude du temps, du mode, du moyen de développement, de l'évolution et de l'issue da la maladie, des phénomènes microscopiques et anatomo-pathologiques de la fièvre typho-malarienne, nous concluons que, suivant les traits cliniques, les cas de la fièvre typho-malarienne les uns appartiennent à la fièvre typhoïde, les autres à l'auto-intoxication ou colli-bacillose, et les autres au paludisme avec auto-intoxication ou colli-bacillose. 8) Bien que nous ayons vu le paludisme succéder à la fièvre typhoïde ou le contraire, néanmoins nous n'admettons point la fièvre typho-malarienne comme une infection mixte dans le sens que l'entendent les médecins Anglais, pour la raison que nous ne l'avons jamais, de notre part, observée en Grèce. 9) Les recherches insuffisantes qu'on a entreprises jusqu'aujourd'hui à Athènes pour démontrer l'existence de la fièvre de Malte manquèrent leur but. Mais comme tout notre pays est baigné de toutes parts par la Méditerranée et comme le système des égouts à Athènes est très mauvais, ce qui constitue, d'après ce que prétendent les médecins de Malte, la cause de la fièvre de la Méditerranée, il n'est point improbable qu'on puisse rencontrer chez nous également cette fièvre et cela très rarement parce que, à l'exception des mouvements fébriles de longue durée qu'on observe à propos de certaines maladies spécifiques, les mouvements fébriles de longue durée et de nature non connue, ainsi que leurs fréquentes rechutes ne sont que très rares et tout à fait exceptionnels. 10) Pendant l'été, il n'est pas rare de rencontrer auprès de la fièvre continue palustre, de la fièvre coli-bacillaire et de la fièvre typhoïde, la bacillémie ou la septicémie d'origine plutôt intestinale, revêtant la physionomie des accès pernicieux et notamment celle de l'accès comateux.

REVUE DE CHIRURGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr LONGUET.

I. — Des résultats mécaniques du décubitus dorsal sur le plan horizontal, employé pour le traitement du mal de Pott, avec 25 planches explicatives, par F. Lacroix, mécanicien-orthopédiste. (Coccoz, édit., 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris, 1900.)

Ce mémoire de 70 pages démontre, par des considérations mécaniques, que le plan-horizontal, la gouttière de Bonnet et appareils similaires ne sont pas les meilleurs appareils dans le traitement du mal de Pott. L'auteur en recommande un de sa construction, à surface sinueuse, qui doit être tout spécialement construit, et dans chaque cas, pour chaque malade. L'exactitude d'adaptation, indispensable pour chaque variété d'appareils orthopédiques est de nécessité absolue dans le mal de Pott. Il faut préalablement faire un moulage sur nature de tout le dos, d'après lequel l'appareil est construit ensuite. Il est muni d'articulations, qui permettent, dans certains cas, de placer le petit pottique dans une position qui lui permettra de voir devant lui. De cette façon, il sera moins incité à se soulever pour changer de position et à fléchir le tronc afin de se rendre compte de ce qui se passe autour de lui.

II. — Etudes expérimentales de chirurgie de guerre, par le Dr K. Majewski, médecin militaire. (Tirage à part du *Wiener medicinische Presse*, n° 5, 1900). Urban et Schwarzenberg, édit., Berlin.)

Cette étude représente les déformations que subissent les balles à revêtement d'acier du calibre de 8 millimètres, en passant à travers les membres d'animaux. Les résultats qui découlent de ces expériences sont appréciées au point de vue de la destinée et de l'infection des plaies. Ces balles ont été tirées à différentes distances ; une série de figures montre leur déformation.

III. — Sur le traitement moderne des fractures, par von Beck.

Tirage à part d'un nouveau traité qui doit bientôt paraître sur les fractures avec démonstrations par figures. Quelques pages de ce traité sont données comme spécimen dans la Revue mensuelle *du New-York Medical*, janvier 1900, avec plusieurs radiographies.

IV. — Sur un cas de fracture comminutive du maxillaire supérieur avec sinusite consécutive, par M. A. Raoult et Ch. Thiry. Communication faite à la Société de médecine de Nancy (séance du 23 janvier 1901. Extrait de la *Revue médicale de l'Est*, 1901.)

Ce cas a été publié pour les raisons suivantes :

1. Les symptômes objectifs de début ne permettaient pas de supposer une attrition aussi notable du squelette.

2. Il s'est produit, autour du foyer des fractures comminutives, un hématome qui s'est cantonné dans le sinus et est devenu un foyer de suppuration dans lequel baignaient les fragments osseux.

3. L'infection de l'hématome ne s'est pas produite de l'extérieur à l'intérieur, étant donné l'aspect superficiel de la plaie sous-orbitaire, mais bien plutôt de l'intérieur du nez vers la cavité du sinus.

4. Malgré l'enlèvement d'un notable séquestre osseux, occupant le tiers moyen du rebord sous-orbitaire, il n'y a pas eu de chute du globe oculaire, l'aponévrose ayant suffi pour le maintenir en bonne position. A remarquer que dans ce cas l'emphysème sous-cutané a manqué.

V. — Sur l'ankylose de la colonne vertébrale, par le Dr A. Cantani, junior. Extrait de la *Policlinique*, vol. VII. N. 1900 (Rome *Societa Editrice Dante Alighieri*, 1900).

A l'aide de 10 observations personnelles, rapprochées de celles qui ont été publiées antérieurement par Strimpell, Marie, Gesne, Cardarelli, Testi, etc., l'auteur fait une étude de la maladie connue sous le nom de « Rhumatisme vertébral déformant » avec pachiméningite consécutive, qui peut se terminer par une ossification complète des ligaments.

VI. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes, dans le traitement des fibromes, par L. Dartigues. (Maloine, édit., Paris, 1901.)

Cette très volumineuse thèse, qui ne compte pas moins de 500 pages, avec 55 figures, dont 8 coloriées, expose toute une série de questions d'intérêt très divers. Comme anatomie pure, une longue mention est accordée à la description des vaisseaux et nerfs de l'utérus, à l'uretère et au mésocolon pelvien, à la gaine hypogastrique. Comme anatomie pathologique, on lit nombre de notions sur le volume, la forme, le nombre, le siège des fibromes utérins : sur leur état aseptique ou septique, ou sphacèle : sur leur mobilité ou leur enclavement ou leur infiltration ligamentaire. Parmi les considérations relatives à la chirurgie abdominale, les soins préopératoires nécessaires à toute laparotomie ; l'anesthésie générale ou l'anesthésie par rachicocainisation ; les injections de sérum sous cutanées ou intra-veineuses ; les hémorragies secondaires : la fièvre traumatique aseptique ; les embolies après opération, etc., sont longuement exposés. Les indications opératoires sont traitées dans le même esprit ; ce ne sont pas seulement celles des cas qui ressortissent à la chirurgie conservatrice, mais celles de toute intervention pour fibrome. On trouve, en outre, dans cette œuvre, des notions historiques sur les opérations conservatrices sur l'ovaire et les trompes en cas d'annexites : sur l'hystérectomie abdominale pour fibrome avec les différentes phases qu'a traversées cette opération ; enfin sur la myomectomie vaginale et abdominale : sur la ligature des vaisseaux utérins ou hypogastrique, par hypertrophie de la prostate, etc. C'est dire que cette thèse, très documentée, dépasse de beaucoup comme étude d'ensemble, le cadre de la clinique conservatrice dans les fibromes, pour englober une grande partie de la chirurgie vaginale et abdominale, ancienne et récente. Peut-être d'aucuns lui reprocheront-ils de manquer

de statistiques destinées à montrer la valeur de chacune des opérations conservatrices.

Mais, l'auteur « n'a pas voulu abuser des statistiques comparatives pour le besoin d'une cause ; c'est le plus souvent pure chimère, car il faut compter avec l'habileté du chirurgien et l'habitude qu'il a d'une opération ». On cherchera en vain l'omission de l'une des nombreuses méthodes sanglantes, anciennes ou récentes, qui ont pour but de conserver l'utérus dans le traitement des fibromes, car toutes les opérations, à part la castration de Hegar-Battey, sont décrites au complet. C'est ainsi qu'au début, 70 pages sont consacrées aux procédés atrophiants, (ligature, forcipressure, angiotripsie), afin de ne pas «faire œuvre funéraire ou commémorative. » Je veux cependant laisser de côté les ligatures atrophiantes pour cancer de la langue, pour goître, pour hypertrophie de la prostate, pour anévrysme, pour cancer du rectum, et cancer de l'utérus, afin de ne pas nous éloigner par trop du sujet. Nous voyons que 7 opérations constituent la chirurgie conservatrice dans les fibromes : Ce sont la polypectomie abdominale; la myomectomie abdominale transutérine ; la myomectomie abdominale parautérine ou transligamentaire ; la polypectomie vaginale ; la myomectomie vaginale transutérine ; la myomectomie vaginale parautérine ; la myomectomie périnéale. Tels sont les chapitres principaux du travail de Dartigues. Quelques considérations sur les opérations conservatrices dans les fibromes pendant la puerpéralité terminent le livre.

Parmi toutes ces opérations, il en est une que l'auteur distingue pour en faire l'objet d'une étude toute particulière : c'est la myomectomie vaginale par le procédé de Segond, la seule qui ait été pratiquée par ce chirurgien dans les observations relatées à la fin du travail. Il ne s'agit donc plus ici d'une description théorique de manuel opératoire, comme dans les chapitres précédents, mais de connaissances vécues, auxquelles l'auteur accorde une réelle valeur pratique. Cette opération consiste dans l'extirpation des fibromes seuls, par le morcellement de Péan, et par l'énucléation d'Amussat. Grâce à ces deux manœuvres, combinées ou isolées, on parvient à extraire par myomectomie vaginale des masses considérables. C'est ainsi que certaines observations concernent des fibromes de 1 kilogramme et de 1200 grammes. Ceux qui s'intéressent au morcellement apprendront que cette manœuvre merveilleuse peut être facilitée grâce à deux instruments spéciaux : un tire-bouchon et un couteau à lame bi-tranchante, connu sous le nom de scarificateur du col utérin, représenté par Pozzi (deuxième édition, février 1892, p. 201).

Ici, ce scarificateur est amplifié dans toutes ses dimensions. Ce volumineux couteau de 30 centimètres de long et de 6 centimètres de lame, pénètre aisément dans le tissu fibromateux et taille des cylindres qui sont ensuite extirpés morceaux par morceaux, jusqu'à 20, 30 fragments consécutifs.

Comme incision de découverte, Dartigues préconise la section transversale du col ou section de Péan ; mais, si celle-ci est insuffisante, il faut avoir recours à une section latérale du corps utérin. Cette hystérotomie transversocorporelle caractérise l'opération de Segond. Elle est suivant les besoins, uni ou bi-latérale. Dans ce dernier cas, elle donne un jour énorme au point même de favoriser l'inversion complète de l'utérus.

L'hystérotomie transversale de Péan a plusieurs avantages : c'est d'abord le jour énorme qu'elle donne, surtout si on la complète par l'hystérotomie transversale corporelle de Segond ; c'est ensuite l'inversion utérine, qui n'est pas un accident comme chacun le croirait, mais au contraire une éventualité désirable. Enfin, cette section évite à coup sûr le péritoine que les avancés d'aujourd'hui, confiants dans l'asepsie, considèrent comme un des principaux moyens d'exploration. Quant aux inconvénients de cette section latérale, elle n'en a pas d'après Dartigues. La blessure de l'uretère, les complications hémorragiques, qui sont évidemment les moindres objections qu'on puisse adresser à cette manière de faire, n'ont eu lieu jusqu'ici dans aucun cas. C'est donc là l'opération de choix. Elle a toute supériorité sur l'hystérotomie médiane antéro-postérieure et vasculaire, que presque tous les chirurgiens regardent à tort comme la meilleure pratique pour la myomectomie vaginale, comme pour l'hystérectomie. Cette section médiane, en effet, ne risque-t-elle pas d'ouvrir la cavité péritonéale et ne nécessite-t-elle pas le décollement de la vessie ? D'ailleurs, elle a pour elle l'infériorité numérique, puisqu'elle aurait été moins souvent exécutée, et d'une façon sporadique, tandis que l'hystérotomie latérale a été employée par Segond dans 25 cas, et qu'elle lui a permis non seulement d'enlever des fibromes mais d'évacuer des pyosalpinx méconnus.

A défaut de résultats statistiques sur les autres opérations qui n'ont qu'un intérêt secondaire, Dartigues donne des observations complètes de myomectomie vaginale par le procédé de Péan. Elles sont au nombre de 25, sur lesquelles on relève 1 mort de paludisme ou d'accident infectieux ; deux autres ont dû, ultérieurement, subir l'hystérectomie vaginale une quatrième a nécessité également l'hystérectomie vaginale plus tard, mais à cause d'une suppuration annexielle mais non pour récidive de fibrome. Dans aucun cas, il n'y a eu d'accident hémorragique ni infectieux.

La lecture de cet ouvrage n'est pas seulement recommandable, elle s'impose pour ceux qui s'intéressent à l'hystérotomie transversale. On verra que la voie vaginale, de plus en plus désertée par les chirurgiens au profit de l'abdominale, tient encore debout. Le lecteur serait-il un avancé et un laparotomiste exclusif, qu'il trouvera cependant un certain intérêt à lire la myomectomie vaginale par morcellement. Sans doute, les idées que défend l'auteur sont celles qu'exposait Péan en 1883, mais le style clair, critique, plaisant et acariâtre à l'adresse de ceux qui ont le sens de la chirurgie avancée, ou même à l'égard des accoucheurs évolutifs et détracteurs du morcellement, toutes ces particularités contribuent, avec les planches coloriées de Devy, à donner à l'ouvrage une certaine note personnelle.

VII. — Section du pneumogastrique dans une opération sur le cou, par Ribera. (*Acad. méd. de Madrid.*)

Une tumeur fut extirpée qui englobait le pneumogastrique : il n'y eut d'autre trouble qu'une légère accélération et une forte tension du pouls, quelques crises de suffocation et une certaine bitonalité de la voix. Tous ces phénomènes s'amendèrent d'ailleurs, et l'auteur se demande comment la section d'un nerf si important a pu amener si peu de manifestations. Il pense que le processus néoplasique en emprisonnant le nerf l'avait lentement altéré et qu'en opérant, il n'avait en somme coupé qu'un cordon dégénéré qui ne représentait plus depuis longtemps la réelle valeur d'un nerf. (*Revista de médicina y cirurgia practicas*, n° 681). F. B.

VIII. — Résection intracranienne du trijumeau, par M. San Martin. (*Académie de médecine de Madrid.*)

Il s'agit d'un homme à qui l'auteur réséqua une première fois les nerfs maxillaires inférieur et supérieur par le procédé de Kronlein. Au bout de six mois, les douleurs intolérables récidivèrent. Malgré quelque répugnance et sur les instances de M. Guedea, M. San Martin pratiqua la résection intracranienne par le procédé de Kanse. L'opération faillit être compromise par l'énormité de l'hémorrhagie : néanmoins, elle fut achevée non sans difficulté, mais sans encombre. Le volet cranien temporal se ressouda parfaitement, la cicatrisation eut lieu par première intention. Il n'y eut pas d'autre incident qu'un peu d'altération dans les mouvements de l'œil du côté opéré. Jusqu'ici le malade n'a plus éprouvé ses douleurs. (*Revista de medicina y cir. pract.*, n° 680.) F. B.

La guérison du cancer. — Copenhague, 2 septembre. — Au cours de la session du congrès des chirurgiens des pays du Nord, le professeur Hotwitz, le doyen des gynécologistes danois, a annoncé qu'il avait réussi à guérir plusieurs cas de cancer par la congélation au moyen de l'anesthine. Le même agent lui a donné des résultats tout aussi favorables dans le traitement du lupus. Cette communication a provoqué le plus vif intérêt et a valu à son auteur les félicitations chaleureuses de ses confrères (*Matin*).

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical

SEGLAS (J.) et SOLLIER (P.) — **Folie puerpérale.** (Amnésie. Astasie et Abasie. Idées délirantes communiquées). Brochure in-8 de 19 pages. — Prix : 75 cent. — Pour nos abonnés.. ..... 50 c.

SEGUIN (E.-C.) — **Contribution à l'étude de l'hémianopsie d'origine centrale** (hémianopsie corticale). Brochure in-8 de 44 pages, avec 6 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.... 70 c.

SEMELAIGNE (R.). **Du restreint et du non-restreint en Angleterre.** Brochure in-8 de 38 pages. — Prix : 1 fr 25. — Pour nos abonnés.......... 90 cs

SÉRIEUX (P.). — **Note sur un cas de paralysie hystéro-traumatique des quatre membres.** Brochure in-8 de 23 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.......... 70 c.

SÉRIEUX (P.). **Choc nerveux local et hystéro traumatisme.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés 35 c.

SIKORSKY (M.). — **Du développement du langage chez les enfants.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.......... 50 c.

SIKORSKY. — **Sur la tension des muscles comme substratum de l'attention.** Broch. in-8 de 16 p. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.......... 35 c.

SOLLIER (Mme A.). — **De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.** Contribution à l'étude de la dégénérescence dans l'espèce humaine. Volume in-8 de 180 pages, avec 32 gravures dans le texte. — Prix.......... 2 fr.

SOLLIER (P.). — **Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.** Volume in-18 de 216 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés.......... 1 fr. 75

SOLLIER (P.). — **L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés.......... 0 fr. 35

SOLLIER. — *Voir* MANUEL DE LA GARDE-MALADE ET DE L'INFIRMIÈRE.

SOUQUES (A.). **Automatisme ambulatoire chez un dipsomane.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés.......... 0 fr. 25.

SOURY (J.). **Les fonctions du cerveau.** (Doctrines de l'Ecole de Strasbourg. Doctrines de l'Ecole italienne). Un volume in-8 de 464 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés.......... 6 fr.

SOUZA-LEITE. — **Cas d'hystérie dans lequel les attaques sont marquées par une manifestation rare. — Eternuements.** Brochure in-8 de 6 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 30 c.

SOUZA-LEITE. — **Notes pour servir à l'étude des relations et de l'influence réciproque de l'épilepsie ou de l'hystérie avec le rhumatisme articulaire aigu.** Brochure in-8 de 18 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.......... 35 c.

TACQUET (E.). — **De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.** Volume in-8 de 72 pages, avec 4 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés.......... 2 fr. 50

TARNOWSKI (P.). — **Etudes anthropométriques sur les prostituées et les voleuses.** Volume in-8 de 226 pages, avec 8 tableaux anthropométriques et 20 dessins. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.......... 4 fr.

TARNOWSKI (P.). **Altérations de la moelle épinière causées par l'élongation du nerf sciatique.** Brochure in-8 de 62 p. avec 1 planche en chromolithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés.......... 1 fr. 75

TEINTURIER (E.). — **Les Skoptzy,** étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50 Pour nos abonnés.......... 60 c.

TERRIEN. — **De l'Hystérie en Vendée.** Brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.......... 70 c.

TRIANTAPHILLIDÈS. **Neurasthénie palustre.** Brochure in-8 de 18 p. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés.......... 0 fr. 35

TROLARD (P.). — **De l'appareil nerveux central de l'olfaction.** Brochure in-8 de 88 pages, avec 4 figures. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.......... 1 fr. 40

VIGOUROUX (R.) **Métalloscopie, métallothérapie, æstésiogènes.** Brochure in-8 de 72 pages. Paris, 1882. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.......... 2 fr.

VOISIN (J.). — **Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme avec dédoublement de la personnalité. Arrêt de l'attaque par la pression des tendons.** Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 0,75. — Pour nos abonnés.......... 50 c.

VOISIN (J.). — **Note sur un cas de mélancolie avec stupeur, à forme cataleptique, avec conservation de l'intelligence, ayant duré six ans.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 0 fr. 50 Pour nos abonnés.......... 35 c.

VOISIN (J.) et PÉRON (A.). — **Recherches sur l'albuminurie post-paroxystique chez les épileptiques.** Brochure in-8 de 18 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés.......... 50 c.

VOISIN (J.) et PÉRON (A.). **Recherches sur la toxicité urinire chez les épileptiques.** Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.......... 70 c.

WEILL (E.). — **Astasie-abasie à type choréique** (Arrêt instantanée de l'astasie-abasie par la pression de certaines régions). Brochure in-8 de 4 pages. — Prix : 30 centimes. — Pour nos abonnés.......... 20 c.

WIER (Jean). — *Voir* BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE.

WUILLAMIÉ (T.). — **De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.** Un beau volume in-8 de 192 pages avec 5 figures dans le texte : 2 pl. en chromolithographie. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés.......... 2 fr. 75

WUILLAMIÉ. — *Voir* BOURNEVILLE.

ZOHRAB (G.). — **Ramollissement des cornes occipitales dans l'épilepsie.** Brochure in-8 de 16 pages, avec 2 figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.......... 35 c.

SCHÉMAS

SCHÉMAS DE SENSIBILITÉ DES DEUX SEXES

10 cent. la feuille.

SCHÉMAS DE CHAMP VISUEL

10 cent. la feuille.

Ces schémas sont ceux qui sont employés le plus ordinairement à l'École de la Salpêtrière.

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires**, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un** seul **exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

Pour les annonces s'adresser

à **M. ROUZAUD**

14, rue des Carmes.

BIBLIOGRAPHIE

La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite (par le Dr Ch. TALAMON, médecin de l'hôpital Bichat ; 1 vol. de 272 pages chez Rueff, Paris, 1900.)

Ce nouveau livre du Dr Talamon est un plaidoyer très documenté en faveur du traitement médical de l'appendicite. A l'heure, où nombre de médecins, de chirurgiens et d'accoucheurs ont posé en principe que l'appendicite relève avant tout du bistouri, l'auteur, statistique en main, montre que 75 pour 100 des cas d'appendicite sont des cas médicaux, justiciables des seuls moyens médicaux ; et c'est à la description de ces formes non chirurgicales qu'il consacre les trois chapitres de son livre. Le premier chapitre est consacré à l'étude de la *colique appendiculaire*, « forme la plus « simple et la plus bénigne des accidents dus à l'irritation ou « à l'inflammation de l'appendice ». M. Talamon y défend les idées qu'il émettait dès 1892, dans son livre « *Appendicite et pérityphlite* », et y établit l'existence clinique de la colique appendiculaire, ainsi que la relation fréquente de cause à effet entre la présence d'une scybale dans l'appendice, et l'apparition de la colique appendiculaire. M. Talamon ne nie pas que l'appendicite puisse reconnaître une autre cause que la pénétration de scybale dans l'appendice ; il admet des appendicites par propagation de l'inflammation intestinale (appendicites secondaires), mais il maintient que l'appendicite la plus fréquemment observée est primitive, et presque toujours d'origine « scybalique ».

On a donc été trop loin en incriminant presque uniquement l'infection microbienne, et un retour s'impose vers la théorie ancienne, celle du corps étranger. A côté de l'appendicite *par propagation*, il y a place pour l'appendicite *par obstruction* stercorale ou calculeuse. Car le corps étranger est fréquent (de 30 à 45 pour 100, d'après les statistiques) et de nature très variable. M. Talamon distingue : les corps étrangers venus de l'extérieur ; les petits amas de matière fécale nés dans l'appendice ou venus du cæcum ; les calculs appendiculaires ; les scybales ; enfin, cas très rare, les tumeurs épithéliomateuses détachées des parois de l'appendice et en obstruant la lumière. La colique appendiculaire, dit M. Talamon, n'offre pas de gravité par elle-même ; mais, c'est un signal d'alarme, un avertissement dont le médecin doit tenir compte. Ce n'est pas à dire que l'on fondera le pronostic sur les caractères de la colique appendiculaire : mais on devra orienter la thérapeutique sur sa constatation : on prescrira le purgatif, tout au moins au début ; on immobilisera le malade jusqu'à disparition de la douleur iliaque et même quelques jours après sa disparition.

Etudiant ensuite les rapports de l'appendicite avec l'hystérie, M. Talamon distingue les cas d'hystérie simple, sans participation appendiculaire : *pseudo-appendicite hystérique* : et les cas où l'hystérie dénature les symptômes réels d'une appendicite légère : *appendicite avec péritonisme hystérique*. Enfin, dans une courte étude de l'appendicite familiale, l'auteur, après Roux, (de Lausanne), Faisans, Brun, Routier, Jalaguier, Quénu, Berger, Tuffier, Haussmann, discute la pathogénie de cette forme. Il estime que les causes doivent en être complexes. (diathèse arthritique, malformations diverses de l'appendice, adhérences anormales appendiculo-cæcales, etc.). En tous cas, il insiste sur le pronostic grave qu'implique la notion d'hérédité dans l'appendicite ; la forme perforante s'observerait volontiers dans ce groupe étiologique. Le chapitre se termine par l'exposé minutieux de la conduite à tenir en présence d'une colique appendiculaire. Au moment même de la crise appendiculaire, M. Talamon estime « qu'il « y a des choses à faire et d'autres à ne pas faire ».

Ce qu'il ne faut pas faire ? C'est opérer, c'est purger, c'est opiacer à outrance un malade dont la réaction atténuée ne trahira plus l'état appendiculaire : c'est employer l'onguent napolitain ; c'est appliquer un vésicatoire.

Ce qu'il faut faire ? C'est tenir le malade immobile, au lit, sur le dos, pendant toute la durée des phénomènes douloureux, et même dix jours après leur complète disparition : c'est appliquer des cataplasmes laudanisés ou des sangsues suivant les cas ; c'est pratiquer une piqure de morphine : c'est prescrire la diète liquide et lactée ; c'est appliquer, dans certains cas, une vessie de glace sur la fosse iliaque. Puis, quand la poussée aiguë initiale sera conjurée, on désobstruera l'intestin avec un purgatif doux (huile de ricin, ou calomel.) Ici, se pose la question délicate de l'ablation de l'appendice, alors que la colique appendiculaire est complètement terminée. Sans doute, dit M. Talamon, l'appendice n'est pas normal, sans doute les récidives sont très possibles, sur la bénignité desquelles on ne saurait été fixé ; mais, à tout prendre, la récidive n'est pas forcée ; elle est rarement plus grave que l'accident initial : aussi faut-il, chez l'adulte, dans ces conditions « déconseiller franchement toute opération préventive. »

M. Talamon est moins catégorique en ce qui concerne les jeunes sujets ; la susceptibilité de leur tissu lymphoïde et leur tendance à la perforation est un argument en faveur de l'intervention. Enfin, après une seule attaque de colique appendiculaire, un appendice demeuré perceptible, ou sensible, malgré un mois de repos au lit ; une recrudescence malgré le traitement ; une notion d'hérédité appendiculaire sont des arguments qui justifient pleinement l'intervention chirurgicale.

M. Talamon appelle « *appendicites plastiques*, les appendici- « tes avec péritonite localisée, à tendance résolutive », qui font l'objet de son second chapitre. Ce sont des appendicites avec péritonite fibrineuse partielle. Cliniquement, elles obligent à la solution de plusieurs problèmes. S'agit-il, d'abord, d'une péritonite générale ou partielle ? Puis, deuxième point, la péritonite est elle fibrineuse ou va-t-elle suppurer ? Pour qui sait attendre, en s'entourant de toutes les précautions déjà énumérées, l'évolution ne tarde pas à se préciser. Généralement la fièvre tombe, l'état général s'améliore, la tuméfaction se limite ; peu à peu l'appendicite plastique se résorbe, en quatre semaines environ. A ce moment seulement, le malade considéré comme guéri peut se lever et reprendre peu à peu le régime et la vie active. Mais il n'est pas rare de voir la convalescence d'une appendicite plastique compromise par une *recrudescence* ou une *rechute*, qu'on observe généralement vers le 6e ou 7e jour. Plus rares sont les *complications* de l'appendicite fibrineuse : on ne voit pas avec ces formes les abcès du foie, les pyophlébites. Mais on a signalé la pleurésie, l'embolie pulmonaire, la pneumonie, la broncho-pneumonie et même une *éruption papulo-ortiée* dont M. Talamon, dans ses observations XXIX et XXX, donne deux exemples, les premiers qui aient été signalés. L'étude des complications conduit l'auteur à étudier les rapports de l'entéro-colite muco-membraneuse avec l'appendicite. Il ne faut ni systématiquement nier les rapports entre les deux affections, ni affirmer leur coexistence constante ; dans 47 pour 100 des cas, estime le Dr Talamon, il est impossible de rattacher l'appendicite au moindre trouble intestinal. Le traitement de l'appendicite plastique, pendant la crise aiguë ne diffère pas du traitement de la colique appendiculaire ; mais, la crise passée, la minute a sonné de prendre parti pour ou contre la chirurgie. M. Talamon n'hésite pas à se déclarer *contre*. Et quand les chirurgiens interventionnistes lui opposent qu'étant donnée une péritonite, on ne sait jamais ce qu'il en adviendra, et qu'on ne saurait opérer assez tôt pour empêcher son extension ; M. Talamon répond : « que quelques jours d'expectation fixent sur l'évolution des accidents, et qu'on a tout à gagner en n'opérant pas, puisque la statistique de Rummel, ou celle de Richardson donnent une mortalité de 28 pour 100 après opération, et de 16 pour 100, sans opération. » Il faut donc savoir attendre la guérison spontanée de l'appendicite plastique : si, au dixième jour, les phénomènes locaux ne s'amendent pas c'est qu'il y a un foyer de suppuration ; il n'y a plus qu'à discuter le moment le plus favorable pour intervenir. Relèvent encore de la chirurgie les ventres douloureux après deux mois de repos au lit, et qui contiennent au milieu d'adhérences péri-appendiculaires un petit foyer purulent prêt à se réveiller au moindre écart de régime.

L'appendicite chronique à rechutes fait l'objet d'un 3e chapitre ; chapitre qui vise surtout les symptômes et l'allure générale de cette forme : quant à son traitement, qui relève de la chirurgie, il sort du cadre que s'est assigné M. Talamon. L'appendicite chronique à rechutes est, pour l'auteur, une affection à poussées aiguës surtout appendiculaires, avec période intermédiaire plutôt cæcale.

Sa durée semble indéfinie. Ici, le traitement médical est impuissant à guérir ; il atténue seulement les effets de l'appendicite à rechutes. Il consiste à surveiller le régime alimentaire et à prévenir la constipation. Les badigeonnages iodés sur le ventre, le port d'une ceinture de flanelle, une cure à Châtel-Guyon ou à Plombières, offrent des avantages. Par contre, il faut être assez réservé sur la pratique du massage abdominal et de la bicyclette. Mais ce ne sont là que de demi-moyens ; le traitement chirurgical seul donne de vrais résultats, et des meilleurs. Pratiquée à froid, l'opération offre ici le minimum de dangers (pas un décès sur 131 opérés.)

Les conclusions de M. Talamon sont les suivantes : 1° l'intervention chirurgicale est dangereuse dans les appendicites plastiques, qui guérissent spontanément avec moins de risques ; 2° l'intervention chirurgicale est impuissante dans les appendicites à péritonite septique diffuse : 3° elle est indiquée dans les appendicites suppurées et dans les appendicites à rechutes. L. E. Morel.

VARIA

Les Manœuvres du Service de Santé.

Durant cinq jours, ont eu lieu entre Choisy-le-Roi et Saint-Maur-les-Fossés les manœuvres du service de santé.

Les formations sanitaires de première ligne se sont organisées près de Choisy, tandis que les services d'évacuation se formaient au camp de Saint-Maur. Ces manœuvres ont été assez vivement critiquées dans la presse, notamment dans le *Matin*. On reproche au personnel secondaire (infirmiers et brancardiers) « l'insuffisance de préparation et d'instruction spéciale ». Le train des équipages auxiliaire n'a pas manœuvré, paraît-il, avec toute la rapidité désirable. Les médecins eux-mêmes auraient perdu leur temps très précieux à refaire à l'ambulance des pansements appliqués aux postes de secours. Comme innovation,on signale l'emploi de nouveaux paquets de pansements plus pratiques, tant au poste de secours qu'à l'ambulance.

Le matériel roulant serait toujours trop lourd et mal suspendu. Les voiturettes ne donneraient que de bien médiocres résultats. Quant aux cacolets et aux litières, faute de mulets, ils n'ont pu être mis en usage et ont figuré simplement sur le dos de chevaux, mais sans porter de blessés. L'auteur de l'article du *Matin*, Jean d'Orsay, remarque à ces manœuvres l'absence presque absolue des médecins de la réserve et de la territoriale : sa critique à ce sujet mérite d'être reproduite en entier.

« Voilà donc, dit le reporter du *Matin*, des manœuvres spéciales qui se déroulent aux portes de Paris, à quelques lieues d'un centre où les médecins civils appartenant à la réserve sont des plus nombreux (peut-être cinq ou six cents) — et à ces manœuvres, qui représentent pour le médecin, dans le temps de paix, l'image la plus approximative du service de santé en temps de guerre, nous voyons assister à peine trente médecins de reserve ! Ceux-ci, pourtant — plus que leurs confrères militaires — n'auraient-ils pas besoin de se familiariser avec le personnel, le matériel et le fonctionnement du service en campagne ? Au lieu de cela, ils seront convoqués dans les régiments de Paris, à des périodes de treize ou de vingt-huit jours, pendant lesquels ils suivront la banale visite journalière : iront au tir à la cible attendre des accidents qui, heureusement, n'arrivent jamais ; assisteront aux baignades, et, dans les copieux loisirs que leur laissera leur temporaire attache au régiment, ils continueront à visiter leur clientèle ; à moins que leur médecin-major ne leur ait dit à leur arrivée : « Je sais que cela vous ennuie de faire le service. Ne revenez donc pas avant le matin du jour qui clôt votre période. » Et voilà comment les médecins civils ignorent tout de leur rôle en temps de guerre. Nous ne voulons pas, ici, indiquer la façon dont nous comprendrions l'instruction militaire des médecins de la réserve et de la territoriale : mais nous tenons à signaler les principales raisons pour lesquelles les manœuvres du service de santé ne profitent qu'à un trop petit nombre d'entre eux.

Tout d'abord, il est bien certain que le chiffre des convocations est trop faible. Ceci est une affaire de budget ; n'y touchons pas. En second lieu, et surtout, ce qui éloigne — ou plutôt ce qui n'attire pas — les médecins civils non convoqués, c'est l'absence d'indications précises sur le thème des manœuvres, et surtout des lieux et heures de fonctionnement du service de santé. Si, pour les évacuations, la désignation de Saint-Maur était connue à l'avance, il était loin d'en être ainsi pour le fonctionnement du service pendant et après le combat — une des parties les plus importantes, cependant, de l'instruction médico-militaire. Tout ce qu'on savait était que l'action devait se passer entre Morangis, Athis, Orly, Wissous — c'est-à-dire sur un plateau de cinq à six kilomètres carrés. Et les postes de secours furent, au reste, installés bien au nord de ce plateau. Pourquoi n'avoir pas prévenu les intéressés en leur disant : les postes de secours, l'hôpital et l'ambulance de campagne fonctionneront vraisemblablement vers la Belle-Epine-Choisy-le-Roi ? La divulgation de cet emplacement n'eût rien enlevé de leur valeur aux manœuvres, et on n'aurait pas vu bien des confrères, que je connais, renoncer à s'y rendre par ignorance de ce simple détail : A quelle gare descendre ? A quelle heure arriver pour voir quelque chose ?» Il nous semble qu'au contraire la plus grande publicité devrait être donnée à ces exercices, en même temps que serait fournie l'indication des moyens d'accès sur le terrain. Enfin, pourquoi un ou deux médecins militaires ne seraient-ils pas désignés pour se tenir à la disposition des confrères civils désireux de s'instruire et fournir à ceux-ci toutes les indications nécessaires sur les phases de l'action et les opérations du service de santé ? Nous aimons beaucoup, en France, faire ce qui ne nous est pas imposé. Il n'est pas douteux que cette façon d'attirer des bénévoles serait favorablement accueillie des docteurs civils, et que ceux-ci auraient plaisir à apprendre un peu de leurs fonctions éventuelles, sans contrainte.

Nous finirons sur un vœu : c'est que ces exercices soient les derniers que nous voyions coulés dans ce moule uniforme, et qui sont si peu fertiles en enseignements pour nos médecins de la réserve et de l'armée territoriale. »

La recette de l'Exposition de l'enfance.

L'exposition de l'enfance ayant fermé ses portes, M. Rollet vient de faire la balance des frais et des recettes, et c'est par un important bénéfice au profit des œuvres de l'enfance que se solde cette intéressante manifestation d'art. Les frais se sont élevés à 180,000 fr. Le total des entrées payantes et gratuites a été de 225,884, dont 117,042 en mai, 94.113 en juin et 14.729 du 1er au 4 juillet, jour de la clôture. Le produit des entrées payantes a atteint la somme de 130.789 francs à laquelle il convient d'ajouter 100.000 francs représentant les dons et locations d'emplacements à des commerçants dans le Petit Palais. Le total des recettes est en somme de 230.789 francs, et si l'on en déduit les frais, soit 180.000 francs, il reste aux œuvres un bénéfice net de plus de 50.000 francs.

Ce bénéfice va être réparti par quarts entre l'Assistance publique, la Ligue fraternelle des enfances de France, le Patronage de l'enfance et enfin un groupe d'œuvres de l'enfance désignées par le Conseil municipal de Paris. Ajoutons que MM. Rollet et Marcel Kleine viennent de réunir en brochures, avec une préface de M. Poubelle, quelques conférences et analyses de conférences faites au Petit Palais pendant l'exposition de l'enfance. (*Le Temps*).

A propos de la tuberculose bovine.

Le *Berliner Klinische Wochenschrift* publie un article intéressant du professeur Baumgarten, de Tuebingen, à l'appui de la théorie suivant laquelle la tuberculose bovine n'est pas transmissible aux hommes. L'auteur expose une série d'expériences faites il y a une vingtaine d'années par le docteur Rokitansky, dans un hôpital où le docteur Baumgarten était chirurgien. Le docteur Rokitansky avait la charge des cancéreux. Partant de l'idée alors admise que la tuberculose et le cancer, étaient deux maladies qui s'excluaient l'une l'autre, il crut qu'il pourrait peut-être guérir ses malades en leur inoculant la tuberculose. Il se servit pour cela de grandes quantités de bacilles provenant de bétail tuberculeux. Il n'obtint aucun résultat. Pas un de ses malades ne fut atteint. Le professeur Baumgarten voit là une preuve positive du fait avancé que la tuberculose bovine n'est pas transmissible à l'homme. Il n'admet pourtant pas que les deux maladies soient essentiellement différentes, mais croit que le bacille se modifie suivant le corps qu'il habite et qu'une fois adapté à l'organisme d'un animal inférieur, il est comparativement sans danger pour l'homme. Il ne pense pas, cependant, qu'il serait sage de renoncer aux précautions qu'on prend en ce moment contre la propagation des maladies par le lait et le beurre. (*Le Matin.*)

Fausses morsures de cheval.

En 1898 et 1899, une Compagnie d'assurances contre les accidents fut intriguée par le nombre des indemnités qu'elle avait à payer pour « morsures de cheval ». Elle fit une enquête, et voici ce qu'elle découvrit : Une bande d'individus avait imaginé le « truc » suivant : Munis d'une pince imitant la mâchoire d'un cheval, ils imprimaient sur leurs bras les traces d'une morsure. Dès qu'ils voyaient une voiture momentanément abandonnée par son cocher, ils passaient près du cheval, et tandis que l'un d'eux poussait des cris aigus, un autre excitait le cheval et le faisait ruer. On accourait, la foule s'attroupait, un procès-verbal était rédigé. Poursuivi en justice, le propriétaire, ou à son défaut, la Compagnie à laquelle il était assuré, était condamnée à payer 200, 300 et même 500 fr. d'indemnité. Inutile d'ajouter que les peu scrupuleux auteurs de la « machine à mordre » payèrent de 6 à 9 mois de prison leur ingénieuse invention. (*Annales d'hygiène*).

Corps étranger oublié dans l'abdomen.

Chaput rapporte l'histoire d'une patiente, la femme d'un médecin, à qui il a fallu faire deux fois la laparotomie pour grossesse extra-utérine. Lors de la seconde intervention, il s'est produit, en 1890, une hémorrhagie abondante.

Quelque temps après, il y eut infiltration dans la cicatrice. En 1892, on ouvrit de nouveau le ventre pour remédier à cet inconvénient. A la suite de cette troisième intervention, il se forma une fistule stercorale, à l'extrémité inférieure de la cicatrice. Chaput, consulté en 1898, pour donner son avis sur ce cas, diagnostiqua une tumeur de l'intestin et procéda immédiatement à une quatrième laparotomie. Il trouva un corps étranger dans l'intestin et put retirer une compresse de gaze laissée dans le ventre six ans auparavant par un autre chirurgien. La bande de gaze extraite mesurait 25 pouces de longueur. La malade a guéri. (*Journal de médecine de Paris.*)

Hygiène publique

Cognac. — D'une discussion au Conseil d'hygiène de cette ville, à propos des craintes, qui ne paraissent pas fondées d'une épidémie de fièvre typhoïde, il ressort qu'on a des doutes sur la qualité des eaux de la Charente ; que, malgré cela, elle est préférable à celle des *puits de la ville « contaminés par les fosses d'aisance. »* La discussion s'est terminée par le vote des conseils suivants dont nous empruntons le texte à l'*Indicateur de Cognac* du 9 juin :

Désirant dissiper des appréhensions manifestement injustifiées, il conseille néanmoins à la population : 1° de ne boire que de l'eau filtrée ou stérilisée par l'ébullition et, préférablement, de s'abstenir de l'eau des puits ; 2° de laver avec soin les salades, radis, oseille, épinards, fraises, tous légumes ou fruits, en un mot, arrosés avec de l'eau plus ou moins pure ; 3° d'entretenir une grande propreté dans les maisons, de ventiler et aérer les appartements, de désinfecter fréquemment les water-closets, buanderies, lavoirs, aussi de laver les planchers et caniveaux.

Le Géant Hugo

Hugo, le géant de l'Exposition de 1900, est né à Saint-Martin (Alpes-Maritimes). Ce colosse est âgé de 22 ans, mesure la taille de 2 m. 29. Il pèse 201 kilos. Dans sa bague passe librement une pièce de 10 centimes. Il couvre facilement une pièce de 5 francs avec son pouce. Avec sa main il atteint une hauteur de 3 mètres. Les bras étendus, il développe la largeur de 2 m. 47. Ses souliers ont la pointure 59 ; son tour de taille et de poitrine est de 1 m. 96. Il se couche dans un lit de 3 mètres de long et 0 m. 50 de large.

Le géant Hugo a toujours été dans des proportions extraordinaires ; il pesait, en venant au monde, 15 livres ; à l'âge de 6 ans, il mesurait déjà 1 m. 25 ; à 10 ans, 1 m. 70 ; à 15 ans, 2 m. ; à 20 ans, 2 m. 25, et aujourd'hui, mesurant 2 m. 29 il s'est encore aperçu qu'il avait grandi de 2 centimètres l'année dernière.

Il est bien le colossal Gargantua du Vieux Paris, Exposition de 1900. C'est, du reste, pour cela qu'il a été jugé seul capable de remplir ce rôle. Hugo détient le record des géants et jette un défi à tous les champions du monde entier. Les *parents* de Hugo sont de petite taille : le *père* mesure 1 m. 64 et la *mère* 1 m. 68 ; son *frère* cadet fut exempté du service militaire faute de taille.

Les Honoraires d'un médecin américain.

Si les fortunes sont colossales aux Etats-Unis, il faut dire aussi que la vie et même la mort y coûtent des prix fous. C'est ainsi que le docteur Browning, de Philadelphie, vient de présenter aux héritiers du sénateur Magee, de Pittsburg, une note d'honoraires dont le chiffre s'élève à 950,000 francs « pour soins donnés au défunt pendant sa dernière maladie ». Pour avoir aidé à mourir, même un sénateur et un millionnaire, en l'accompagnant pendant vingt et un mois dans tous ses déplacements, le docteur Browning est arrivé à un total d'addition qui a paru plutôt raide à la famille, laquelle proteste contre ces prétentions. Bien que n'ayant pas osé aller jusqu'au million, cette note fantastique paraît battre tous les records établis depuis le compte de M. Purgon. (*Le Temps*).

Réforme historique.

A propos d'un volume curieux du commandant Bazeries intitulé : « Les chiffres secrets dévoilés », qui n'a pu utiliser les documents du passé que jusqu'en 1815, Urbain Gohier fait les réflexions suivantes : « N'est-il pas admirable que la nation ne puisse connaître les ressorts véritables de son propre gouvernement, les péripéties de sa propre histoire, les causes réelles de ses épreuves qu'après un siècle écoulé ?

Un peuple « moderne » un peuple « républicain » devrait savoir au jour le jour l'état de ses affaires, les vues et les moyens de ses mandataires.

On ne saurait mieux dire. (*Aurore*, du 1er juillet 1901.)

FORMULES

X. — Contre la tuberculose pulmonaire.

Iodoforme		1 gr. 50
Essence de térébenthine		30 gr.
Huile d'arachides		150 gr.
Essence de bergamotte	àà	2 gr. 50
Acide thymique		

En inhalations. (Davezac).

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 18 août au samedi 24 août 1901, les naissances ont été au nombre de 1,039 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 367, illégitimes 120. Total 487. — *Sexe féminin* : légitimes, 412, illégitimes, 140. Total, 552.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 18 août au samedi 24 août 1901, les décès ont été au nombre de 873, savoir : 433 hommes et 440 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 6 F. 10. T. 14. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 4, F. 5, T. 9. — Rougeole : M. 13. F. 11, T. 24. – Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1.— Coqueluche : M. 5, F. 12, T. 17. – Diphtérie et Croup : M. 1, F. 9, T. 10. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres maladies épidémiques : M. 0, F. 3, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 90, F. 76, T. 166. — Tuberculose des méninges : M. 7, F. 7, T. 14. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 7, T. 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 14, F. 41, T. 55. — Méningite simple : M. 10, F. 9, T. 19.— Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 9, F. 26, T. 35. — Maladies organiques du cœur : M. 14, F. 33, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 5, T. 8. — Bronchite chronique : M. 6, F. 6, T. 12. – Pneumonie : M. 10, F. 12, T. 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 39, F. 26, T. 65. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 7, F. 2, T. 9 ; autre alimentation : M. 39, F. 35, T.74.— Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 3, F. 3, T. 6.— Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 4, F. 10, T. 14 — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 4, T. 5. — Cirrhose du foie : M. 4, F. 5, T. 9. — Néphrite et mal de Bright : M. 10, F. 5, T. 15. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 1, T. 1, — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F, 2, T.2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 10, T. 23. — Débilité sénile : M. 8, F. 16, T. 24.— Morts violentes : M. 23, F. 8, T. 31. — Suicides : M. 6, F. 3, T. 9. — Autres maladies : M. 79, F. 36, T. 115. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 55, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 17, illégitimes, 14. Total : 31. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 8. — Total : 24.

École de plein exercice, de Médecine et de Pharmacie de Rennes. — *Concours pour un Emploi de Chef de Clinique médicale.* Les Chefs de Clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs. Par décision rectorale en date du 2 août 1901, un Concours sera ouvert devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes le 4 novembre 1901, pour un emploi de Chef de Clinique médicale.

École de médecine de la marine. — Le jury des concours qui ont eu lieu à Rochefort le 2 septembre 1901, pour deux emplois de professeur dans les Ecoles de Médecine de la marine, était composé de MM. l'inspecteur général du service de santé, président : Chevalier, médecin principal, sous directeur de l'Ecole de Bordeaux ; Grand-Moursel, médecin principal à Rochefort.

Opinion de Tolstoi sur la maladie. — « Vivre est bon, mais mourir est bon aussi. On est si bien, quand on est malade ! On se sent détaché de tout ce qui est corporel ; on ne vit plus que de la vie de l'esprit, de la vie de l'âme. Et la mort n'a rien de terrible ! Un abîme, dit-on. Comparaison fausse. Quand on est malade, il semble que l'on descende une pente, une pente très douce qui, en un certain point, est barrée par un rideau, léger rideau de légère étoffe ; en deçà du rideau, c'est encore la vie : au dela, c'est la mort. Et combien l'état de maladie l'emporte, en valeur morale, sur l'état de santé ! Ne me parlez pas de ces gens qui n'ont jamais été, ne sont jamais malades ! Ils sont terribles, les femmes surtout ! Une femme, bien portante, mais c'est une vraie bête féroce ! »

Laboratoire Municipal de bactériologie. — Le Laboratoire de bactériologie de la Ville de Paris met gratuitement à la disposition des médecins des nécessaires pour le diagnostic de la diphtérie et de la tuberculose. Ces nécessaires sont délivrés, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 bis (4e arrondissement), sur la demande écrite des médecins, la veille ou le jour même de leur emploi, et les résultats des analyses leur sont communiqués aussitôt qu'ils sont acquis, généralement vingt-quatre heures après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés. Le laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses, situé rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 bis, est ouvert tous les jours, de huit heures du matin à huit heures du soir, y compris les dimanches et fêtes.

La petite vérole a Londres. — L'épidémie de petite vérole continue à sévir à Londres. Lundi dernier, on a conduit à l'hôpital 12 malades venant des quartiers de Saint-Pancras, Marylebonne et Bloomsbury. Il y en a eu d'autres venant des quartiers du sud de Londres, de l'autre côté du fleuve. Il y a actuellement 67 malades en traitement. (*Journal.*)

La fièvre typhoïde au 25e dragons. — Une épidémie de fièvre typhoïde s'est déclarée au 25e dragons. Il y a eu de nombreux cas, mais deux morts seulement jusqu'ici. Les cavaliers campent et toutes les mesures sont prises pour enrayer l'épidémie. (*Figaro.*)

Le four crématoire de l'École de Médecine. — Il est question, depuis quelque temps déjà, d'établir à l'Ecole de Médecine un four crématoire pour tous les débris humains et les cadavres d'animaux qui servent aux expériences. Mais, pour ancien que soit ce projet, il s'en faut que la réalisation en soit prochaine. On en représente de part et d'autre les inconvénients et les avantages. Le professeur Richet, partisan de l'établissement de ce four crématoire, invoque des raisons d'hygiène et d'économie. Il fait, en effet, valoir que le transport de tous ces débris anatomiques — en moyenne dix chiens ou cobayes par jour, sans compter les cadavres humains — ne laisse pas d'être assez coûteux et, qu'en outre, il n'est pas exempt de danger pour l'Ecole et le quartier. Mais, d'un autre côté, quelques hautes personnalités expriment l'inquiétude que la combustion de ces matières ne corrompe l'air dans un rayon assez étendu et que les habitants du quartier n'en conçoivent de justes alarmes. Quoi qu'il en soit, le plan du four crématoire est déjà dressé. Des expériences ont même été faites à l'aide d'un four mobile : mais la question n'en est pas moins toujours pendante. On assure cependant que le dossier concernant l'établissement du four crématoire va être incessamment envoyé à la préfecture de police, et que l'autorisation nécessaire sera demandée pour sa construction. (*Débats.*)

Inauguration des bustes de Chassaignac et Maisonneuve.— L'inauguration solennelle des bustes de Chassaignac et de Maisonneuve aura lieu le jeudi 26 septembre prochain, à 2 heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le professeur Guyon, de l'Institut, dans les squares de l'Hôtel-Dieu de Nantes. Le soir, un banquet par souscription aura lieu dans les salons Turcaud, 6, rue Voltaire. Les adhésions avec le montant des cotisations. 20 francs, devront être adressés à M. le Dr Bellouard, trésorier, 10, rue Boileau, à Nantes, avant le 22 septembre, dernier délai.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort la M. le Dr Péry, de Bordeaux, du Pr von Coler, de Berlin.

Les obsèques du Dr Cunéo. — M. le Dr Cunéo, inspecteur général du corps de santé de la marine, président du Conseil supérieur de santé de la Marine, commandeur de la Légion d'honneur, dont nous avons eu le regret d'annoncer la mort, est décédé subitement à Vichy à l'âge de soixante-sept ans. Les obsèques ont eu lieu à Toulon le 30 Août, au milieu d'une immense affluence, car M. le Dr Cunéo ne comptait que des amis. M. le médecin de première classe, Barthélemy, secrétaire du service de santé, représentait le ministre de la Marine. Le cortège funèbre a mis plus de deux heures à parcourir les principales voies de la ville et au cimetière, le vice-amiral Maigret et le maire de Toulon ont fait l'éloge mérité du regretté dufunt. M. le Dr Cunéo était le père de M. le Dr Cunéo, agrégé à la Faculté et de M. Marius Cunéo, avocat à la Cour d'appel de Paris, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 37. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 14 SEPTEMBRE 1901

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Primipare. — Bassin rétréci. — Agglutination des lèvres de l'orifice utérin et rigidité du col. — Présentation du siège décomplété, mode des fesses — Dilatation et accouchement artificiels. — Enfant en état de mort apparente, ranimé au bout d'une heure. — Hémorrhagie de la délivrance : Délivrance artificielle. — Mère et enfant partis en excellent état.

Par le Pr **CROUZAT**,
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Toulouse
et le Dr **L. MERLE**,
Chef de clinique.

Il s'est présenté à la Clinique d'accouchements de la Faculté une femme chez laquelle la multiplicité des incidents nous a incité à publier son observation. La voici :

La nommée X..., primipare, âgée de 25 ans, entre à la clinique le 2 juin à 5 heures du matin, en travail. Elle est aussitôt examinée par une élève de garde qui diagnostique une présentation du sommet en O I G A avec une dilatation de 2 centim. A 8 h. 30, une autre élève examine la femme et ne trouvant pas d'orifice utérin, fait appeler le chef de clinique. Celui-ci procède à l'examen de la malade : rien de défectueux dans sa conformation, femme plutôt grande, de santé robuste. Le palper est rendu difficile par la tension intra-utérine ; au fond de l'utérus et à droite, on sent bien une masse volumineuse, arrondie, mais pas de ballottement. Au toucher, promontoire accessible mais éloigné : col complètement effacé, *sans orifice utérin*. Cependant, après avoir vérifié en avant et en arrière, sans rien trouver d'anormal, le doigt arrivé au centre sent une dépression punctiforme très petite : la partie fœtale est très élevée. M. Merle porte le diagnostic d'agglutination des lèvres du col et, pour bien montrer aux élèves cette anomalie, il écarte les parois vaginales à l'aide de 2 valves. On aperçoit alors très nettement un petit bouchon glaireux teinté de sang, un peu plus gros qu'une tête d'épingle. Au moyen d'une pince, ce bouchon est enlevé et l'on distingue une toute petite dépression. Avec l'extrémité de la pince, le chef de clinique appuie un peu sur ce point, et l'instrument pénètre au-dessus de l'orifice. La pince retirée, M. Merle peut introduire le bout de l'index dans la petite ouverture qu'il dilate par des pressions sur les bords jusqu'à lui donner environ deux centimètres de diamètre. Au-dessus on sent la poche des eaux qui bombe au moment des contractions, mais la partie fœtale est trop élevée et, pour ne pas amener une rupture prématurée des membranes, le diagnostic est laissé en suspens : face ou siège ?

On pensait qu'après cette dilatation, les contractions utérines auraient plus d'efficacité. Il n'en est rien. A 9 heures du matin, la dilatation n'a pas changé, les bords de l'orifice sont légèrement tendus. A midi, même état, mais rupture spontanée des membranes : très peu de liquide s'écoule mélangé à une certaine quantité de méconium. Mlle Sabathé, sage-femme en chef, pratique immédiatement le toucher et fait le diagnostic de présentation du siège décomplété, mode des fesses en S I D A : le siège est au détroit supérieur amorcé, la crête sacrée est sentie à droite et un peu en avant ; la pointe du coccyx regarde à gauche et en arrière ; l'orifice anal occupe à peu près le centre du détroit supérieur, les organes génitaux regardent à gauche. Le bassin paraît un peu aplati du côté gauche.

A 4 heures du soir, la dilatation n'a pas progressé : bruits du cœur très bons. On place l'écarteur Tarnier et deux caoutchoucs : écartement de 5 centimètres. A 5 heures, un troisième caoutchouc est ajouté : avant, écartement de 4 centimètres et demi : après, écartement de 3 centimètres 8. Les contractions utérines sont longues et assez rapprochées. A 6 heures 20, on place un cinquième caoutchouc : écartement avant : 3 centimètres 4 ; après 3 centimètres. La température de la malade est 37°3. A 7 heures 10 m., on enlève l'écarteur, la dilatation est d'environ 4 centim. Le siège appuie fortement sur l'orifice utérin mais les bords de celui-ci sont toujours durs : les contractions utérines, très énergiques, reviennent plus souvent, la femme a des envies de pousser, on l'empêche de faire des efforts, la dilatation n'étant pas suffisante : bruits du cœur fœtal toujours bons. A 10 heures trois quarts les contractions s'espacent, la malade repose un peu dans l'intervalle. Au moment des douleurs, la dilatation atteint environ 5 centimètres : le siège fait en partie saillie à l'orifice sans parvenir à le dilater ; l'état général est assez bon, la température est à 37°8 : on ausculte fréquemment. Les contractions, espacées mais énergiques, continuent toute la nuit. A 2 heures du matin, perte de méconium qui se produit par intervalles jusqu'à 5 heures. A ce moment, le Chef de clinique voit la malade, elle est très agitée, on a de la peine à la faire rester couchée : les contractions sont extrêmement douloureuses. M. Merle fait donner un peu de chloroforme. Les bruits du cœur de l'enfant sont soufflants, précipités ; la dilatation est toujours au même point, le siège un peu descendu.

A 6 heures, même état, mais la température est à 38°3. On surveille attentivement. Vers 7 heures, le Chef de clinique

fait prévenir le professeur Crouzat ; celui-ci voit la malade le 4 juin à 8 heures du matin. Il trouve un orifice utérin de 5 à 6 centimètres, les fesses s'engagent dans cet orifice : les bruits du cœur du fœtus sont irréguliers et sourds. Il fait mettre la femme en travers du lit, en position obstétricale, et la fait anesthésier au chloroforme. Toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, il introduit la main droite dans le vagin et dilate artificiellement le col, puis refoulant la partie fœtale, il pénètre dans la cavité utérine et va à la recherche d'un pied. En chemin, il rencontre le cordon dont il constate les battements affaiblis. Les deux pieds sont complètement relevés sous le menton. Ne pouvant les atteindre, M. Crouzat, par des pressions dans le creux poplité, tente d'amener la flexion de la jambe antérieure droite. Cette manœuvre, en effet, amène bien la flexion de la jambe, mais le pied vient glisser entre le membre inférieur gauche relevé et la paroi thoracique et il se trouve ainsi arrêté. Pendant ce temps, les contractions utérines, excitées par la main de l'opérateur surviennent, fréquentes et énergiques au point de la paralyser. Aussi, après une seconde tentative dans laquelle il ne peut dégager le pied droit du pli inguinal gauche, M. le professeur Crouzat prie-t-il le Chef de clinique de le suppléer. M. Merle introduit la main droite, glisse les doigts le long de la jambe droite et, arrivé au creux proplité, refoule à droite le genou pour dégager le pied : il peut saisir celui-ci et l'amène à la vulve.

L'état de l'enfant donnant des inquiétudes (le cordon senti par M. Merle ne battait plus que faiblement) le Professeur Crouzat procède de suite à l'extraction en combinant les traction à l'expression utérine faite par la sage-femme en chef. L'enfant est extrait suivant les règles classiques, la tête franchit assez facilement le détroit supérieur ; manœuvre de Mauriceau, dégagement. L'enfant naît en état de mort apparente : il est long à ranimer. Traitement : respiration artificielle, après avoir enlevé les mucosités, bains chauds sinapisés, bains froids, frictions à l'alcool, flagellations, manœuvre de Schultze, etc. La respiration irrégulière, incomplète d'abord, s'établit lentement : premiers cris une heure seulement après la naissance.

Pendant qu'on ranimait l'enfant, l'interne avait la main sur l'utérus de la mère, mais préoccupé, absorbé par les soins qu'on donnait au nouveau-né, il ne s'aperçut pas que la malade faisait de l'inertie utérine : aussi une contraction survenant brusquement, l'utérus projeta au dehors un flot de sang et des caillots dont la quantité peut-être évalué à un litre. M. Crouzat introduit immédiatement la main dans les organes génitaux et fait la délivrance artificielle : le placenta était à peu près complètement décollé, il suffit de le cueillir au niveau du col. Aussitôt la délivrance effectuée, M. Merle fait deux injections d'ergotine Yvon. On soumet en même temps la malade au traitement habituel des hémorrhagies : tête basse, membres inférieurs relevés, linges chauds, boules d'eau chaude, grogs, champagne, etc.

L'hémorrhagie arrêtée, on procède à la toilette et on constate une déchirure du périnée du deuxième degré. L'accouchée est pâle, muqueuses décolorées. Pour ne pas la fatiguer davantage, on remet la périnéorraphie à plus tard.

Dans la soirée et les jours suivants, bouillon, lait, grogs, champagne, todd, quinquina, etc.

Quelques heures après l'accouchement, la malade ne pouvant uriner seule, on pratique le cathétérisme A partir de ce moment, on fut obligé de la sonder régulièrement 3 fois par jour jusqu'au 12e jour, la miction spontanée étant impossible (parésie de la vessie).

De plus, la malade est toujours pâle, fatiguée, sa peau est chaude, elle a parfois de l'insomnie.

La température, le jour de l'accouchement, était de 38°,3 le matin, de 37°,8 le soir : le second jour : 37°,2 le matin, 37°,1 le soir.

Le troisième jour, la malade accuse une douleur dans le fond de l'utérus, de la céphalée, la température s'élève le soir à 38°. Injection intra-utérine à l'iode.

Deux jours après, escharre vulvo-vaginale, deux attouchements à la teinture d'iode sont faits dans les 24 heures. Toilettes et injections vaginales supplémentaires. Peu à peu la muqueuse reprend sa coloration normale ; la température oscille entre 37°5 et 37°9.

Le 7 juin, on fait la périnéorraphie secondaire après avivement des tissus, cinq points de suture.

Cependant, malgré le traitement général institué dès le début, la malade a de la peine à se remonter. Le 9e jour, elle se plaint de douleurs dans les jambes, dans la fosse iliaque, d'engourdissement et endolorissement des deux membres inférieurs.

Le dixième jour, la température monte à 38°,8 ; la peau est chaude, lassitude générale. Le professeur Crouzat pense à une phlébite au début. Ces craintes heureusement ne se réalisent pas. Sous l'influence du traitement, tous ces phénomènes s'amendent et, à partir de ce moment, l'état général devient plus satisfaisant : pouls bon, peau moins chaude, moins sèche, température normale ; périnée en parfait état, miction spontanée, régression utérine normale. La sécrétion laiteuse a été presque nulle : on dut alimenter l'enfant avec du lait de vache en même temps qu'une accouchée du service lui donnait un peu le sein. Au début, cet enfant tétait et avalait très mal, il fallut le gaver les cinq premiers jours, puis tout rentra dans l'ordre. L'enfant et sa mère ont quitté le service le 25e jour, en très bon état.

Comme nous l'avons dit au début, c'est en raison des complications diverses contre lesquelles nous avons eu à lutter chez cette femme que nous avons cru devoir publier son observation.

1° Présentation du *siège* chez une femme à *bassin rétréci*, anomalie fréquente.

2° *Agglutination* des lèvres de l'orifice utérin et *rigidité du col* mettant obstacle à la dilatation malgré des contractions énergiques. Si la dystocie par agglutination du col est aujourd'hui bien connue, on en connaît moins la pathogénie surtout chez les primipares jeunes, à parois abdominales et à muscle utérin sains et vigoureux, à santé excellente et dont les organes génitaux n'ont eu à subir aucune médication, aucun traumatisme avant l'accouchement. Or, dans notre observation, nous ne pouvons nous empêcher de voir une certaine relation entre ces deux anomalies : *rigidité du col et agglutination des lèvres de son orifice*. Mais de quelle nature était cette rigidité ? Elle n'était due ni à la syphilis, ni à un travail prolongé puisqu'elle s'est affirmée dès le début du travail. Il faut donc admettre une rigidité anatomique, dont la cause nous échappe, à moins qu'il ne s'agisse en l'espèce de cette rigidité particulière aux tissus des femmes ayant un bassin vicié, sur laquelle M. Bonnaire a particulièrement appelé l'attention.

3° Comme dans beaucoup de cas de ce genre, l'agglutination des lèvres du col a donné lieu à des erreurs de diagnostic, mais erreurs faciles à éviter par un examen attentif et complet.

4° Au point de vue intervention, nous devons noter que le col n'a cédé qu'aux manœuvres manuelles ; que le mode opératoire consistant à appuyer dans le creux poplité pour faire tomber le pied dans la main procédé qui a réussi dans notre cas, a été exécuté au-dessus du détroit supérieur, la main qui opérait ayant refoulé la partie fœtale pour pénétrer dans la cavité utérine. De plus, la paroi utérine s'opposait à l'écartement du genou nécessaire pour abaisser la jambe correspondante.

5° Nous avons eu une *hémorrhagie de la délivrance*, accident assez fréquent à la suite d'un travail prolongé, et qui démontre, une fois de plus, avec quelle vigilance il faut surveiller l'utérus chez ces femmes surmenées.

6° Enfin, les dangers courus par l'enfant ont été ceux

que l'on doit s'attendre à rencontrer en pareil cas. Sa vie dépend de la rapidité, de la sûreté des manœuvres qui ont pour but son extraction et des soins consécutifs. Nous devons ajouter dans notre observation que si le nouveau-né a survécu, une grande part du résultat revient à la sage-femme en chef, Mlle Sabathé, dont les soins intelligents et énergiques ont pu provoquer les premiers cris au bout d'une heure d'efforts.

SYPHILIGRAPHIE

Chancres syphilitiques du clitoris.

Par **M. Maurice DRUELLE**
Interne de Saint-Lazare.

Si l'on ne peut dire du chancre syphilitique du clitoris qu'il est une lésion rare au sens propre de ce mot, force pourtant est de reconnaître qu'il est loin d'être d'observation fréquente. Pour être plus amplement et plus précisément éclairé sur ce point, il suffit de jeter les yeux sur la statistique personnelle du Pr Fournier, dont les éléments ont été recueillis à l'hôpital de Lourcine. Nous y voyons que, sur 249 cas de chancres syphilitiques des organes génitaux féminins qu'elle comprend, il n'y est relaté que 10 cas de chancres syphilitiques de la région clitoridienne. Cette partie de la vulve n'est numériquement atteinte par cette lésion que bien après les grandes lèvres, les petites lèvres et la fourchette. Le chancre syphilitique y est même plus rare qu'au niveau du col utérin. Il s'y rencontre en nombre à peu près égal que dans la région de l'entrée du vagin et dans celle du méat urinaire et de l'urèthre. Il ne laisse derrière lui, sous le rapport de cette fréquence dans les localisations, que deux des régions génitales de la femme où le chancre syphilitique est réellement d'une grande rareté, à savoir : la commissure supérieure de la vulve et le vagin. C'est aux mêmes données que nous sommes arrivés en dépouillant la statistique du service de notre maître, M. le Dr Jullien qui, depuis les 10 années qu'il est à la tête d'un des services de vénériennes de Saint-Lazare, n'y a vu que 11 cas de chancres de la région clitoridienne.

— Un heureux hasard nous a permis d'y observer presque simultanément 3 de ces malades, dont deux se trouvent encore actuellement dans le service de notre maître qui nous a engagé à en rapporter ici l'histoire, ce que nous allons faire tout d'abord.

Observation Ire (*Chancre du capuchon clitoridien*). — X... 17 ans, entre le 17 septembre 1900 à l'infirmerie de Saint-Lazare, salle n° 13, pour un chancre du clitoris, sur le début duquel elle ne nous donne aucun renseignement. A l'examen de la vulve, on est de suite frappé par une augmentation de volume de la région clitoridienne. Le capuchon est gros, rouge, œdématié. On le relève avec peine pour découvrir le gland.

Sur la face gauche de ce capuchon ainsi hypertrophié, apparait une ulcération présentant tous les caractères du chancre syphilitique : le fond en est absolument lisse, diphtéroïde au centre et de coloration rouge musculaire à la périphérie : ses bords sont en pente douce, à peine marqués. Elle est sous-tendue par une induration bien nette en surface et nullement nodulaire. Elle a environ 1/2 centimètre dans le sens transversal et est un peu plus allongée dans le sens vertical. Elle n'est nullement douloureuse.

Dans l'aine gauche, on sent un gros ganglion et plusieurs autres plus petits. Il en existe également dans l'aine droite.

L'examen de la malade ne révèle d'autre lésion qu'une vaginite.

22 septembre : Traité localement par des frictions à l'onguent gris et après une injection de calomel, le chancre est presque cicatrisé.

19 décembre : La malade quitte le service ayant subi 5 injections de calomel et 22 injections d'huile grise. Elle n'a présenté durant ce laps de temps aucun symptôme cutané d'infection syphilitique. Sur le pilier antérieur droit, a été notée, à la date du 20 novembre, une petite tache blanchâtre suspecte d'être une plaque.

Observation II (*Chancre du gland clitoridien*). — X... 39 ans, fille en carte, entre le 7 janvier 1901, à l'infirmerie de Saint-Lazare, salle n° 14, pour un chancre du clitoris.

Dans les antécédents de la malade, nous ne trouvons à signaler que des ulcérations vulvaires pour lesquelles elle a été soignée à Lourcine il y a 15 ans et sur la nature desquelles elle ne donne aucun renseignement.

A l'examen des organes génitaux, nous notons une pigmentation péri-vulvaire très marquée qui se continue avec une lésion péri-anale identique. Le clitoris, augmenté de volume, sort de son capuchon. Sur la partie de sa face droite, qui déborde ce dernier, apparaît l'extrémité antérieure d'une ulcération. Si on relève le capuchon pour découvrir cette face droite, on voit qu'elle est occupée dans la plus grande partie de son étendue par une ulcération peu profonde dont les dimensions atteignent celles d'une grosse lentille. Le fond en est rouge et recouvert d'un léger enduit jaunâtre qui y est adhérent.

Les bords peu marqués sont nettement en pente douce. Il s'y fait un léger suintement séreux. Elle est sous-tendue par un petit nodus induré. Du reste, en palpant le clitoris, on s'aperçoit qu'il participe tout entier à cette induration : ses corps caverneux sont nettement augmentés de volume et de consistance.

Dans l'aine gauche : un ganglion. On ne sent rien à droite, mais la malade est très grasse et l'on ne peut pratiquer commodément cette exploration.

M. Jullien porte le diagnostic de chancre syphilitique. Rien à noter ailleurs.

Actuellement, la malade est encore dans le service. Son chancre s'est cicatrisé en deux à trois semaines. Elle a subi 9 injections de calomel, n'a pas eu de roséole, mais présente sur le côté droit de la langue une petite traînée érosive et blanchâtre ayant l'aspect d'une plaque muqueuse.

Observation III (*Chancre sous-clitoridien*). — X.... 18 ans, entre le 1er février 1901, à l'infirmerie de Saint-Lazare, salle n° 12, pour un chancre et des végétations vulvaires. Il y a 2 mois elle a déjà subi à l'hopital Broca l'ablation de végétations. Elle dit s'être aperçue depuis 8 jours du développement de son chancre.

A l'examen de la vulve, on remarque tout d'abord que la partie supérieure des petites lèvres déborde les grandes lèvres et est le siège d'un œdème qui se continue avec une lésion semblable siégeant sur le capuchon du clitoris.

Entrebâillant les petites lèvres on trouve à leur commissure une ulcération disposée comme il suit : sur la face interne de la petite lèvre droite, dans toute la hauteur de son tiers supérieur, se voit une ulcération à fond lisse, de couleur rouge musculaire, non suintante, à bords en godets et qui, en ce point, n'est pas recouverte d'enduit diphtéroïde. Elle est située sur une grosse induration. De là elle s'étend sur la face inférieure du gland clitoridien, de chaque côté et au niveau de son frein : elle est ici un peu déchiquetée et recouverte d'un léger enduit diphtéroïde. Puis elle passe sur la face interne de la petite lèvre gauche sur laquelle elle s'étend un peu, bien moins que sur la petite lèvre droite toutefois. Ces deux derniers segments de l'ulcération sont indurés eux aussi. Il y a un empâtement général du clitoris. Au niveau des grandes lèvres et du périnée on trouve plusieurs petites lésions érosives ressemblant à de l'herpès, ou à des syphilides secondaires. Dans l'aine droite : pléiade ganglionnaire très nette. Rien à gauche. De par tous ses caractères, l'ulcération est bien un chancre syphilitique.

La malade présente en outre quelques végétations au niveau des grandes lèvres, de la fourchette et de l'anus.

17 Février. — La malade se plaint de vives douleurs au

niveau de son chancre. On y applique de la vaseline belladonée au 40e.

21 Février. — Onguent napolitain sur le chancre. Injection de calomel.

16 Mars. — Le chancre est complètement guéri.

Actuellement, la malade est encore dans le service. Elle a subi 7 injections de calomel, mais depuis 1 mois a évolué : malgré ce traitement intensif, au niveau de la cuisse gauche, une grosse lésion de rupia spécifique.

Cet exposé de l'histoire pathologique de nos malades étant terminé, et avant de mettre en relief les quelques particularités que l'on peut, croyons-nous, y relever, voyons tout d'abord si la statistique inédite et citée plus haut de M. Jullien est bien en rapport avec celle donnée par les divers vénéréologues.

Dans son « Traité pratique des maladies vénériennes » M. Jullien donne une statistique réunie de Martin, Carrier et Buraux qui, sur 270 cas de chancres syphilitiques génitaux observés chez la femme, ne se seraient trouvés que 3 fois en présence de lésions clitoridiennes. Mais il semble bien croire qu'elle est, en ce qui concerne ce dernier point, au-dessous de la vérité, puisqu'en annonçant la statistique du Pr Fournier, il dit que : « elle servira de correctif à la précédente en ce qui concerne la région clitoridienne ». Nous avons vu, en effet, que dans la statistique de Fournier, qui roule sur 249 cas de chancres génitaux féminins, se rencontrent 10 cas de chancres clitoridiens, soit une proportion de 1/25. D'autre part, c'est sur un ensemble de 217 chancres syphilitiques génitaux observés dans son service que M. Jullien a eu 11 chancres de la région clitoridienne, c'est-à-dire que ces derniers se sont présentés à lui dans la proportion de 1/20. On voit donc que, à peu de chose près, sa statistique concorde bien avec celle du Pr Fournier.

Venons-en maintenant aux remarques que peut nous suggérer l'examen de nos observations. Tout d'abord, nous voyons que sur chacune de nos 3 malades, le chancre avait un siège spécial et différent. Dans l'obs. I, il siégeait au niveau du capuchon clitoridien ; dans l'obs. II on le rencontrait sur le gland ; enfin dans l'obs. III, il occupait une situation sous-clitoridienne et affectait une disposition curieuse. Nous y avions, en effet, affaire à un chancre très étendu et divisé en trois parties bien distinctes. Dans deux de ses segments, il s'étendait sur la face interne des petites lèvres, et sa partie moyenne, qui ulcérait la région du frein du clitoris, réunissait les deux précédentes l'une à l'autre, de sorte que l'ensemble de la lésion méritait bien l'épithète de «chancre en feuillet de livre », dont les deux moitiés latérales réunies par le segment clitoridien, s'écartaient l'une de l'autre autour de celui-ci comme charnière quand on entr'ouvrait la vulve. On retrouve du reste un dispositif analogue dans certains cas de chancres péniens. Cette localisation et cette disposition semblent être assez rares, car nous ne la retrouvons signalée qu'une autre fois dans les observations antécédentes de M. Jullien. Le chancre du gland cloridien ne paraît lui aussi se rencontrer que peu fréquemment. Cette localisation ne se retrouve que deux fois dans les 11 cas dont nous avons les observations sous les yeux. Bien plus fréquents sont les chancres qui siègent sur le capuchon clitoridien ou qui, situés dans son voisinage immédiat, méritent de rentrer dans cette étude. Nous trouvons 7 fois cette localisation, en nombre presque double de celui des autres localisations réunies.

Ce résultat était du reste difficile à prévoir à l'avance, car, dans le coït linguovulvaire qui est le plus souvent l'origine de ces lésions, le capuchon est bien plus exposé à la contagion que les autres segments de l'appareil clitoridien.

Passant maintenant à un autre ordre de considérations, nous remarquons que nous nous sommes trouvé dans nos trois cas en présence de lésions chancreuses uniques. Il existait un seul chancre sur le clitoris et l'on n'en remarquait point d'autres sur le reste de l'appareil génital de nos malades. Ce fait n'a rien que de normal, puisque le Pr Fournier nous dit que chez la femme, le chancre n'est multiple que dans 3/10 des cas. Du reste, sur l'ensemble de nos 11 observations, nous relevons deux cas dans lesquels coexistaient un ou plusieurs chancres en d'autres points de la vulve. Un caractère commun que nous croyons devoir relever dans nos 3 observations consiste dans l'hypertrophie, dans le développement de la région clitoridienne, qui frappait l'œil de prime abord, avant que l'on ait vu l'ulcération chancreuse et qui, attirant forcément l'attention, conduisait à sa découverte, car le clitoris turgescent venait dépasser les limites de l'appareil nympho labial quand la vulve était à l'état d'occlusion. C'est là croyons-nous un symptôme presque constant, car nous le trouvons noté dans toutes les observations de M. Jullien. Du reste, il est relevé par tous les vénéréologues et si nous y insistons quelque peu c'est qu'il nous semble avoir un certain intérêt en tant que signe indicateur. MM. Fournier, Mauriac, Du Castel, nous disent que dans certains cas de chancres clitoridiens le développement hypertrophique du clitoris dont ils sont la cause tient à une suffusion néoplasique énorme, à des indurations en bloc, en masse, convertissant toute la région en une véritable nodosité ligneuse. Telles ne se présentaient pas les lésions en présence desquelles nous nous sommes trouvé. Certes, l'induration était bien nette au-dessous de ces chancres, mais elle n'atteignait dans tous les cas qu'un développement modéré et le noyau néoplasique ne dépassait pas, ou guère, les limites de l'ulcération à laquelle il servait de base. De plus, nous n'avons point vu les clitoris de nos malades atteindre le développement éléphantiasique parfois énorme qu'on a pu leur voir acquérir. L'hypertrophie notable qu'il présentait cependant nous a paru due à un œdème développé au voisinage du chancre et à son occasion, fait qui se rencontre fréquemment, au pénis en particulier : et de par sa structure et sa disposition anatomique le clitoris se rapproche notablement de ce dernier organe.

Peut-être faut-il placer dans certains cas ce processus œdémateux sous la dépendance d'une lymphangite. Dans un cas de chancre clitoridien, en effet, M. Jullien a noté un double cordon qui partait du chancre et gagnait le pubis, où il se perdait pour se retrouver dans les ganglions des deux aines. De plus, les corps caverneux du clitoris peuvent, sous l'influence des chancres de cet organe, devenir volumineux, plus durs que normalement et participer au développement hypertrophique de l'organe. Dans notre obs. II, il est précisément noté que les corps caverneux clitoridiens sont augmentés de volume et de consistance.

En ce qui concerne les caractères optiques les chancres que nous avons observés étaient normaux et du type érosif.

L'un d'eux a dérogé à cette règle habituelle, à savoir que le chancre syphilitique est de lui-même une lésion ordinairement indolente. La malade de notre observation III accusait, en effet, des douleurs assez vives et spontanées au niveau de son chancre sous-clitoridien. Mais, de par leur disposition en feuillet de livre, les surfaces ulcéreuses étaient exposées lors de la marche à des froissements qui expliquent l'addition anormale des phénomènes douloureux au syndrome chancreux. Quelques onctions de vaseline belladonée en vinrent facilement à bout.

Nécrologie : Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Rosenthal, de Nancy ; M. le Dr Neream (d'Aillas) ; M. le Dr Daffas, de Salviac.

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT
LYSOL
ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris.

INSTITUT

Médico-Pédagogique

POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION DES

ENFANTS NERVEUX ET ARRIÉRÉS

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BOURNEVILLE

Médecin de la section des enfants arriérés et nerveux de Bicêtre

à Vitry, près Paris, 22, rue Saint-Aubin

L'Institut médico-pédagogique est destiné :

1° Aux enfants présentant de *l'instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale*, et d'une *discipline particulière* ;

Aux enfants *arriérés, faibles d'esprit* à tous les degrés ;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses* compliquées ou non d'accidents convulsifs.

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

L'établissement où se trouvent réunis tous les moyens d'instruction et d'éducation employés dans le service de Bicêtre, est placé au milieu d'un parc superbe, sur le versant d'une colline, et dans les meilleures conditions d'hygiène. Les enfants y sont l'objet de soins spéciaux appropriés à leur situation intellectuelle et physique.

Moyens de communication : Tramways du Châtelet à Vitry et à Choisy-le-Roi. — Voitures de place.

S'adresser pour renseignements à M. le Dr Bourneville, 14, *rue des Carmes, à Paris, le mercredi et le vendredi, de 1 heure à 2 heures. Ecrire pour rendez-vous.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hygiène de la rue à Paris.

M. le Préfet de Police vient de publier un arrêté imposant certaines conditions indispensable aux boutiques des bouchers, et d'autre part il a fait apposer sur les murs et même les arbres de la capitale des affiches défendant de cracher et mettant en garde contre la tuberculose. C'est très bien. Mais ne reste-t-il plus rien à faire. En passant jetons un rapide coup d'œil sur une rue un peu populeuse et relevons le plus gros de ce qui peu choquer le plus indulgent des hygiénistes.

Peu matinal, vous sortez à 8 heures du matin ; une rue de Paris un peu peuplée est alors en pleine effervescence ; les ouvriers, les employés se rendent d'un pas rapide à l'atelier ou au magasin, les ménagères stationnent devant les étalages et font leurs provisions, les marchandes des quatre saisons et les marchandes au panier avancent en traînant le pas sous le regard sévère du gardien de la paix qui défend de stationner, et glapissent à tue tête l'annonce de leurs denrées. Déjà les voitures circulent en grand nombre et encombrent la chaussée. Pendant ce temps à tous les étages, les bonnes ménagères battent à leur croisée les tapis, les descentes de lits, les couvertures et les draps même. Les balcons sont encombrés de femmes de chambre qui brossent les jupes de madame et une pluie de poussières et de détritus de toute origine tombe sur la cohue qui passe et couvre les denrées qu'on promène. L'air de la rue en est saturé et le passant insouciant l'aspire sans se douter des germes de la tuberculose, de la diphtérie, de la scarlatine, etc., qu'il absorbe.

Les trottoirs sont encombrés par les poubelles à demie vidées, les chiffonniers ont passé la nuit à y chercher les parcelles de leur fortune future, et ils les laissent entourées de débris que le balayeur enlève sommairement en un coup de pèle et de balai.

En face, le boucher, l'épicier, le marchand de légumes, de volailles, de fromages, de fruits et autres comestibles occupent les deux tiers du trottoir où ils étalent leurs provisions ; la poussière s'attache à ces aliments et les bonnes femmes, qui aiment à palper, à tâter avant d'acquérir, ne se font pas faute de promener leurs mains plus ou moins propres sur toutes ces victuailles. Nous comprenons pourquoi l'affiche préfectorale recommande la cuisson prolongée des viandes, bien que les médecins conseillent le plus souvent l'usage du beefteack saignant. Le trottoir jonché de débris des poubelles, de déchets de comestibles, des ordures transportées par les chaussures des passants, souillé par des déjections d'animaux sinon par les vomissements des ivrognes de la veille, ne sera lavé que si une pluie bienfaisante se charge de ce soin, il est vrai cependant qu'on interdit d'y cracher.

Vous pénétrez dans un square ou dans un jardin public, vous y trouvez dans les allées, au lieu de sable, une poussière épaisse et tenue que les enfants fourragent à qui mieux mieux. Ils la respirent, l'absorbent en portant directement à leur bouche, les jouets qui les amusent ou leurs petites mains souillées. C'est cependant dans ces jardins que les convalescents de coqueluches viennent faire leur cure d'air, que le scarlatineux guéri va disperser ses squames et que le poitrinaire sème ses bacilles en observant mélancoliquement la chute des feuilles.

Montez en omnibus ou en tramways, vous êtes suffoqués en hiver par l'air confiné qu'on y respire ; ne touchez pas aux banquettes de drap, il en sortirait un nuage de poussière. Dans les fiacres fermés, c'est pis, gardez-vous en y montant de frôler la portière ; le cocher, le plus souvent, la confond avec les édifices auxquels Vespasien et Rambuteau ont attaché leurs noms, et vous risqueriez d'essuyer avec vos vêtements la trace humide qu'il vient d'y laisser. Ne fermez surtout pas complètement la portière, car si la voiture est chauffée, vous courrez le risque de l'asphyxie.

Si vous allez au restaurant, évitez de visiter la cuisine ; elle est, du reste, soignement cachée, car le patron de l'établissement sait bien que loin d'exciter l'appétit comme ces cuisines-vestibules des bonnes auberges de la campagne, elle ferait fuir le client. Au café ou à la brasserie, évitez de voir le baquet immonde où on lave votre verre avant de vous servir un bock et, en entrant le soir à l'hôtel, si vous avez des draps blancs, tenez-vous pour satisfait et ne songez guère à regarder de près les couvertures qui depuis bien des années recouvrent des générations successives de voyageurs, sans être jamais nettoyées.

Vous pouvez observer ceci tous les jours et, sans être microphobe, ne vous êtes-vous jamais demandé comment il pouvait se faire qu'un parisien n'ait pas acquis plusieurs fois en sa vie toutes les maladies transmissibles. Il faut que l'organisme humain soit pourvu d'éléments de défense bien puissants et bien vigilants pour résister à tel assaut.

Ne pourrait-on cependant rien faire de plus en hygiène urbaine ? Ne pourrait-on pas interdire de battre les draps et les tapis et de brosser les habits aux fenêtres ? Quand donc un ingénieux inventeur trouvera-t-il un appareil permettant de nous débarrasser de nos poussières sans les livrer à l'atmosphère, qui nous les rend avec usure ? La préfecture de police, qui a charge de notre santé, ne pourrait-elle jamais interdire l'étalage des viandes et comestibles sur les trottoirs ou bien exiger qu'en les recouvrant de toiles métalliques on les mette à l'abri des mouches et des pattes sales des cuisinières qui aiment à palper et à marchander ? Ne pourrait-on pas aider de temps à autres le ciel et laver au moins une fois par jour les trottoirs comme la chaussée ? Ce serait là sans doute un bon complément et un peu plus efficace) des défenses de cracher affichées un peu partout et dont on ne tient guère compte.

Certes, nous verrons tout ceci un jour, mais espérons qu'alors nous ne serons pas trop vieux.

J. Noir.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES
Tenu à Ajaccio.

(Séance d'ouverture.)

Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est ouvert à Ajaccio le 8 septembre, à 4 heures du soir, sous la présidence de M. le Dr Hamy, président de l'Association et membre de l'Institut.

M. le Dr Hamy dans son discours d'ouverture a exposé l'*histoire des études anthropologiques en France*. Il a commencé par rappeler la réunion des explorateurs de la corvette la *Géographie* et de la gabarre le *Naturaliste* sous les ordres du capitaine Baudin, le 17 vendémiaire an IX à l'Hôtel de la Rochefoucauld : « Quelques membres d'une petite Société, d'origine toute récente, la Société de l'Afrique intérieure, qui se trouvent alors dans la capitale, ont pris l'initiative de cette réunion ; ce sont, pour la plupart, des Provençaux, les Jauffret, Maifredi, Darquier, groupés autour du célèbre voyageur Levaillant. Ils ont invité les membres de l'Institut, Bougainville, Jussieu, Fourcroy, Hallé, Thouin, etc., et les principaux fondateurs d'une autre Société qui vient de surgir à Paris, sous le nom de Société des observateurs de l'homme.

Jauffret, fondateur de cette compagnie, alors âgé de trente ans, porta un toast à l'honneur de la science de l'homme. Il s'était voué, dès sa sortie de collège, à l'instruction de la jeunesse et composait depuis près de dix années déjà de petits livres d'éducation fort variés. Jauffret communiqua ses pensées dans un cercle d'amis, qui lui donnèrent sans grand élan, il est vrai, un complaisant assentiment. C'était Leblond, membre de la classe de littérature et beaux-arts de l'Institut de Paris. C'était Sicard, le successeur de l'abbé de l'Epée, qu'un frère de Jauffret, Jean-Baptiste, secondait dans ses travaux : c'était encore Joseph de Maimieux, romancier prolixe et versificateur facile. Jauffret alla trouver ensuite quelques-uns de ces professeurs du Jardin des Plantes, dont il avait contribué, dans son livre de 1798, à vulgariser les travaux, et notamment Cuvier et de Jussieu. Il recruta plusieurs membres de la Faculté de Médecine : Hallé, le savant hygiéniste ; Pinel, l'aliéniste philanthrope, et, de ces éléments disparates, il essaya de faire le cadre de la Société naissante. On se réunit à son domicile, rue de Vaugirard, n° 1201, derrière l'Odéon. Maimieux fut nommé président, Leblond, vice-président, et le secrétariat général, transformé peu après en perpétuel — une perpétuité qui dura trois ans — échut naturellement à celui qui avait provoqué la fondation de la nouvelle compagnie. Tout ceci se passait dans les derniers mois de l'an VIII. A cette époque Gérando vint lire à la Société ses *Considerations sur les méthodes à suivre dans l'observation des peuples sauvages.*

La Société des Observateurs de l'homme avait péniblement poursuivi son existence jusqu'en 1803. Les communications ethnologiques s'y faisaient de plus en plus rares..... Il faudra que la paix vienne permettre la reprise de nos relations étrangères pour que les services géographiques possèdent enfin un centre d'action à Paris (1821), et c'est beaucoup plus tard encore (1839) que la Société d'ethnologie reprendra sur des bases nouvelles l'étude scientifique des races humaines, abordée trop prématurément par sa devancière de l'an VIII.

Les grands voyages de découvertes, interrompus après Baudin par la guerre avec les Anglais, reprennent après la paix, et, de Lalande à Dumont d'Urville, les documents de toute espèce sur les peuples primitifs décuplent entre les mains des hommes de science. Desmoulins peut, par suite, en 1824, donner à l'étude du squelette humain la place qui lui appartient dans l'analyse des caractères ethniques, et, cinq ans plus tard, un savant, qui porte un nom particulièrement cher à notre Muséum, William Edwards, à la fois physiologiste habile et linguiste expérimenté, va fonder toute une nouvelle science avec son remarquable mémoire sur les *Caractères physiologiques des races humaines dans leurs rapports avec l'histoire...*

Cet écrit a été le point de départ de la Société d'ethnologie, dont la fondation a marqué une nouvelle étape dans la marche de notre science...

La Société d'ethnologie de Paris a fourni une carrière honorable d'une dizaine d'années : il n'a fallu rien moins que la crise de 1848 pour amener la suspension de ses séances, qui n'ont jamais été reprises. La science de l'homme doit beaucoup à cette compagnie. Les trois volumes qu'elle a laissés sont dignes d'estime. Son action s'est exercée d'une manière sérieuse et durable sur les recherches des naturalistes, des voyageurs, des archéologues, des historiens. Enfin, et surtout, elle a suscité une précieuse vocation anthropologique : celle de Quatrefages....

Permettez-moi d'évoquer ainsi, en terminant ce chapitre d'histoire, le souvenir du savant fondateur de l'anthropologie générale, mon vieux maître toujours aimé et toujours regretté. Ne refusez pas de vous associer à l'hommage respectueusement ému qu'adresse votre président d'aujourd'hui à la mémoire vénérée du grand naturaliste, qui ouvrait à Bordeaux, il y a trente ans, en l'absence de Claude Bernard, le premier Congrès de notre Association naissante. »

Après ce discours très applaudi, le secrétaire de l'Association, M. Emile Ferry, a fait son rapport sur la situation de l'Association durant l'année écoulée et M. Galante, trésorier, a donné le compte rendu financier de la Société.

REVUE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOTHÉRAPIE
Rédacteur spécial : M. le Dr NOIR.

I. — Stations hydrominérales, climatériques et maritimes de la France, par la Société d'hydrologie médicale de Paris, à l'occasion du XIIIe Congrès de médecine. (Masson, édit, 1900.)

On se plaint et avec raison que les Français, dont le pays est si abondamment pourvu de sources minérales, ne connaissent pas leurs richesses, que le corps médical ignore (ce qui est vrai) la valeur et les indications des principales sources minérales, et que les Ecoles et les Facultés de médecine ne donnent pas une place suffisante dans leur enseignement à l'hydrologie.

La création de plusieurs chaires d'hydrologie et l'organisation des voyages d'études dirigés par le professeur Landouzy et le Dr Carron de la Carrière, ont, dans une certaine mesure, remédié à cette énorme lacune. La Société d'hydrologie médicale de Paris, en publiant à l'occasion du Congrès de 1900, un superbe volume qui a été distribué à tous les membres du Congrès et qui est en vente chez l'éditeur Masson, a aidé puissamment à faire connaître et apprécier nos stations thermales et climatériques. Nous ne pouvons faire ici l'analyse de tous les articles, et si nous en citions un pris au hasard, on pourrait nous accuser de le faire au détriment des autres.

Espérons que prochainement, la Société d'hydrologie, en quête de progrès, imitera les Allemands, qui ont inondé les congrès d'hygiène de superbes brochures reliées et écrites en trois langues, où tous les renseignements sur leurs villes d'eaux et leurs sanatoriums sont brièvement, mais nettement indiqués.

II. — Action physiologique et indications thérapeutiques des Eaux de Plombières. 2e édition, par le Dr Félix BERNARD. (Maloine, édit. 1900.)

Dans ce travail, recompensé par une médaille d'argent de l'Académie de Médecine, M. le Dr F. Bernard conclut que le traitement à Plombières a une triple action : sédative du système nerveux, anti-rhumatismale, régulatrice des fonctions intestinales. De cette action, dérivent les indications thérapeutiques que F. Bernard classe ainsi par ordre d'importance : 1° entérite et surtout entéro-colite muco-membraneuse, dyspepsies surtout hypersthéniques : 2° affections rhumatismales, maladies des femmes, maladies du système nerveux ; 3° dermatoses, paludisme, affections des

voies urinaires et de celles du système nerveux. Dans tous les cas, Plombières pourra être utile quand on aura pour but de calmer l'éréthisme du système nerveux.

Les eaux de Plombières sont des eaux alcalines sulfatées, silicatées sodiques, légèrement arsénicales : elles s'emploient en boisson, en bains, en douches, en étuves et en inhalations.

III. — Les Eaux de Plombières : action physiologique et indications thérapeutiques, par le Dr A. Brocchi. (Maloine, édit. 1900).

Dans cette courte brochure, l'auteur expose très nettement les propriétés physiologiques et thérapeutiques des Eaux de Plombières et aboutit à des conclusions analogues à celles du Dr F. Bernard.

IV. — Le Mont Dore et ses Eaux Minérales. Etude médicale, par le Dr E. Emond, 4e édition. (J.-B. Baillière et fils, 1900).

Nous ne pouvons analyser ici l'histoire de la vieille station du Mont-Dore, la topographie, la météorologie et la géologie de cette pittoresque région que M. Emond, un des plus anciens praticiens de cette ville d'eaux, expose dans les premiers chapitres de son livre.

Rappelons que le Mont-Dore sont des eaux faiblement alcalines, légèrement bicarbonatées et ferrugineuses, un peu arsénicales, que le Dr Labat classe parmi les eaux thermales simples. Leur efficacité indiscutable ne paraît pas être le fait de leur seule minéralisation. L'action physiologique de ces eaux, d'après M. Emond, consisterait dans la provocation de sueurs abondantes, augmentation de la soif, diminution des urines, augmentation momentanée de l'expectoration ; elles provoqueraient un peu de constipation et parfois de la céphalalgie. Les contre-indications principales de ces eaux sont les tendances aux congestions cérébrales et hépatiques et la pléthore, M. Emond consacre un chapitre à la cure de la phtisie pulmonaire au Mont-Dore. Il démontre, avec plusieurs observations à l'appui, que le traitement du Mont-Dore diminue la toux et l'expectoration, ranime l'appétit, relève les forces : que les malades augmentent de poids et que les symptômes stéthoscopiques s'atténuent et parfois disparaissent. Les conditions climatériques et topographiques du Mont-Dore secondent puissamment le traitement hydrominéral dans la cure de la phtisie à cette station.

Il n'y a pas que la tuberculose qu'on soigne au Mont-Dore, les bronchites chroniques, l'asthme, la pleurésie chronique, les pharyngites, les laryngites chroniques, le coryza et les rhinites, l'ozène, le rhumatisme chronique, certaines affections utérines, quelques affections oculaires externes liées aux diathèses lymphatiques ou arthritiques se trouvent bien de la cure Mont-Dorienne.

V. — Royat. Indications thérapeutiques méthodiquement classées, par A. Bouchinet. (J.-B. Baillière, édit. 1901).

Comme le Mont-Dore, Royat est doué d'eaux faiblement minéralisées, elles rentrent dans la classe des eaux bicarbonatées sodiques faibles ; elles ont l'avantage d'être en outre bicarbonatées calciques et chlorurées, elles contiennent en outre de faibles proportions de fer, d'arsenic et de lithium. Au point de vue physiologique, l'usage des eaux de Royat excite la nutrition, augmente l'urée, est légèrement diurétique et régularise l'élimination de l'acide urique.

Les indications principales de Royat sont : 1° le diabète avec azoturie normale, ou avec hyperazoturie de dénutrition. Les diabétiques non constitutionnels ou avec hyperazoturie d'hypernutrition ne devront pas être envoyés à Royat ; 2° les bronchitiques non tuberculeux ; 3° les anémiques et les chlorotiques.

Royat pourra encore être utile aux dyspeptiques, aux goutteux articulaires, aux eczémateux, aux asthmatiques et migraineux.

Eventuellement, on pourra envoyer à Royat les neurasthéniques, les petits goutteux (névralgies, gravelle, lithiase rénale, laryngites et pharyngites), les albuminuriques arthritiques dont le cœur est sain, les femmes à la ménopause.

L'action des eaux de Royat sur le tabes et l'entérite mucomembraneuse est à l'étude.

VI. — Royat-les-Bains ; revue de clinique thermale, par Laussedat. (Paris, 1901).

Dans ce fascicule, le Dr Laussedat a réuni un certain nombre de notes cliniques sur Royat. Le premier article a trait à la cure de l'arthritisme, de l'anémie et de la neurasthénie. Le second est un recueil de remarques sur l'action des bains de Royat dans quelques troubles et affections cardiaques lorsqu'il y a intégrité du myocarde et du système artériel, et quand le malade est jeune. Enfin, le Dr Laussedat publie deux notes originales, une sur l'action de Royat dans les premières périodes du tabes, et l'autre sur le traitement des coliques hépatiques à Royat.

VII. — Contrexéville, ses eaux, ses environs, excursions dans la région des Faucilles, par le Dr A. Colin. (Maloine, édit. 1901).

Le titre seul du petit livre de M. A. Colin indique que l'étude médicale de la station de Contrexeville ne tient pas la place principale. Ses eaux sulfatées calciques sont tout particulièrement indiquées dans la gravelle, la lithiase biliaire, les diabètes légers ; elles donnent de bons résultats dans le catarrhe de la vessie, l'incontinence d'urine, l'hypertrophie de la prostate et le catarrhe de l'utérus.

L'auteur consacre la plus grande partie de sa brochure à la description de la région des Monts Faucilles et donne l'itinéraire d'un certain nombre d'excursions dont Contrexéville est le centre.

VIII. — Etudes médicales sur les Eaux-Bonnes, par Léon Leriche. (Richardin, Lamm et Cie édit. Paris, 1901).

L'auteur commence par démontrer que la station des Eaux-Bonnes remplit toutes les exigences voulues pour constituer un bon sanatorium. Cette ville est dans d'excellentes conditions de salubrité et dotée de superbes promenades.

Les eaux, surtout sulfureuses, sont d'une minéralisation très variée, mais c'est le sulfure de sodium et de calcium qui donnent à Eaux-Bonnes sa note dominante. Les indications thérapeutiques des Eaux-Bonnes sont très variées.

Toutes les maladies des voies respiratoires en sont tributaires, même la phtisie, puisque M. L. Leriche affirme que la station a toutes les qualités d'un bon sanatorium. Les maladies du pharynx, des oreilles, des fosses nasales, du larynx, l'emphysème et le catarrhe pulmonaires sont soignés avec succès par les Eaux-Bonnes. Stimulantes et excitantes, elles donnent de bons effets chez les enfants lymphatiques, les convalescents, les neurasthéniques, les anémiés. Leur puissance d'excitabilité suffit à faire prévoir leurs contre-indications. M. Léon Leriche, qui est directeur du sanatorium de Meung-sur-Loire, publie ensuite les résultats qu'il a obtenus dans la cure de la tuberculose et du lymphatisme et dans le traitement des végétations adénoïdes. Il termine par un court chapitre de climatologie avec des tableaux de relevés météorologiques.

IX. — Climat et eaux minérales d'Angleterre, par Labat. (J.-B. Baillière, édit. 1901).

M. Labat, en manière d'introduction, écrit quelques pages fort intéressantes sur la vie anglaise dont le voyageur tirera certainement profit. Il étudie ensuite la climatologie des Iles-Britanniques. Il signale les stations d'hiver : Wight-Wentor, Bourmouth, Torquay en Angleterre; Queenstown, Kortrevor en Irlande; Rothesay en Ecosse, stations à climat doux et humide. Ces villes d'hiver britanniques conviennent aux malades irritables, aux bronchites avec expectoration malaisée, aux tuberculeux qui ont la fièvre toujours en puissance, aux malades atteints de névralgies, toujours faciles à exaspérer, aux nerveux avec insomnie.

Les eaux minérales anglaises sont peu connues, surtout en France ; en général, elles manquent de thermalité, sauf Bath, elles ne contiennent pas d'acide carbonique, et ne con-

tiennent que de faibles quantites de carbonates. d'où l'insignifiance des eaux alcalines anglaises. Elles sont ordinairement riches en chlorures et en sulfates. mais la faible quantité de gaz. les rend difficiles à boire. Il existe un assez grand nombre d'eaux sulfureuses ou ferrugineuses. mais elles sont inférieures à celles du continent. n'étant pas gazeuses. Les eaux purgatives sont rares et peu employées.

Eaux minérales d'Angleterre : *Epsom*. qui date de 1690, a des eaux magnésiennes peu employées. *Embridge Wells* (Kent), célébrée par M. de Grammont en 1663, ferrugineuse, a quelque analogie avec Forges-les-Eaux, mais est moins fréquentée (chloro-anémie. convalescence. dyspepsie atonique, maladies des femmes). *Leamington*. eaux mixtes chlorurées sodiques. magnésiennes. station assez bien installée (dyspepsie, troubles bilieux. hémorrhoïdes. engorgements viscéraux, obésité, constipation habituelle). Lieu de villégiature fréquenté. *Harrogate*, ville de 15.000 habitants ; eaux froides. sources nombreuses. sulfureuses faibles. ou ferrugineuses (rhumatisme, goutte. scrofules, maladies cutanées. etc.). Une source magnésienne. Magnesia Well, est préconisée pour la vessie et les reins. *Cheltenham*, 50.000 habitants, eaux chlorurées et sulfatées (dyspepsies atoniques et constipation, états bilieux sans inflammation) analogues mais bien inférieures à Kissingen, Kreuznach. Salins. Bourbonne, Balaruc. *Malvern* à 500 m. d'altitude, climat frais et tonique : hydrothérapie. *Burton*. 7 à 8.000 âmes, eau peu minéralisée (sels terreux, contenant de l'azote), passe pour digestive, légèrement diurétique, un peu ferrugineuse (maladies de cœur traitées par la méthode de Nauheim. rhumatisants, goutteux. névralgies. hystérie), comparable à Bagnoles-de-l'Orne. *Bath*, datant de l'époque romaine. les eaux atteignent 49° centigrades. Elles sont sulfatées. calciques, sodiques. très peu chlorurées avec fort peu de fer et des traces d'arsenic. en somme fort peu minéralisées (rhumatisme, goutte. paralysies hystériques et saturnines. dermatoses. affections nerveuses. maladies utérines superficielles, etc.). Elles peuvent être rapprochées de Néris. Eraux. Plombières. Bains, Luxeuil, Ragatz, Wildbad, Gastein et Teplitz. *Clifton* ; à minéralisation très faible, à climat plus doux que Both est presque abandonné.

Eaux minérales d'Ecosse : Elles sont plus connues des touristes que des hydrologues. *Bridge of Allan*. chlorurées, sodiques et calciques, diurétiques, laxatives et purgatives légères, difficiles à boire. *Noffat* eaux peu riches en sels. imprégnées de gaz sulfhydrique : la cure d'air tient ici le premier rang. *Strathpeffer*. dans le nord de l'Ecosse. eaux sulfureuses peu agréables (rhumatismes. dermatoses, affections des voies respiratoires).

Eaux minérales du pays de Galles : Elles sont assez pauvres et sont groupées dans les comtés de Radnon et de Brechnock : signalons *Llauwrtyd. Llandrindad, Bulth*. Assez bien installées et assez fréquentées, salées, sulfureuses ou ferrugineuses.

Eaux minérales d'Irlande : Elles sont peu nombreuses. *Lisdunvarna*. eaux sulfureuses et ferrugineuses (rhumatismes, gouttes, dermatoses, dyspepsies. anémie, convalescence). Signalons encore Lucan (sulfureuse) Ballinohtnch (ferrugineuse). Swanluibar (sulfureuse), Castle-Connel (ferrugineuse). Mallow bien délaissée. bien renommée autrefois. qui sont des eaux thermales simples.

On ne saurait oublier les *sources saintes*. analogues à Lourdes et à La Salette. Sainte-Anne de Malvern. Knaresboroug, Holywel. etc.

Bains de mer : Si l'Angleterre est pauvre en eaux minérales, elle est riche en bains de mer. Les plages du sud. Hastings, Eastbourne. Brighton, Ryde et Cowes dans l'île de Wight, Weymouth sont aussi des stations d'hiver. Les plages de l'Est sont Folkestone. Douvres. Rousgaste et Margate. Scarborough, etc.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial : M. le Dr F. RAMON.

—

I. — Contribution à l'étude physiologique du leucocyte, par A. Lombard. (Th. Doctorat. Paris 1901. Maloine, édit.)

De jour en jour, l'expérimentation montre l'importance plus considérable du leucocyte ; son rôle dans l'infection est bien connu : on entrevoit déjà son intervention active dans l'immunité ; il est aussi nécessaire à la nutrition que le globule rouge à la respiration. Bien que le processus n'en soit pas aussi évident. il est démontré que ce leucocyte absorbe les poisons ou autres substances chimiques. telles que l'abrine. la brucine, le salicylate de soude. le mercure, l'arsenic. etc. Par un dispositif ingénieux, M. Lombard a pu vérifier à nouveau que les leucocytes se saisissent des alcaloïdes les plus énergiques, comme la strychnine et l'atropine. Il y a un rapport évident entre la dose de poison injectée et la réaction leucocytaire. C'est ainsi que des lapins et cobayes. très résistants à l'action des deux alcaloïdes précédents. éprouvent une leucocytose marquée à la suite d'injections de strychnine et d'atropine. Et si l'on sépare par centrifugation les divers éléments constitutifs du sang. on constate que la substance inoculée se retrouve à peu près uniquement dans les leucocytes. Ce qui montre bien, suivant la remarque de Duclaux, que le leucocyte est « le point sur lequel les poisons microbiens de Pasteur viennent rejoindre les poisons chimiques de « Cl. Bernard ».

II. — Leucémie myélogène, par Levaditi. (*Journal. de Pathologie et de physiologie générales*, mai 1901).

L'observation rappelle par bien des points l'observation classique. Quelques particularités sont à signaler. Le sang renfermait un très grand nombre de mastzellen, dont les unes étaient mononucléaires. et les autres. plus rares, étaient polynucléaires. Les hématoblastes, de plus. étaient considérablement hypertrophiées.

III. — Lésions expérimentales du foie d'origine splénique, par Chauffard et Castaigne. (*Arch. de Méd. expérim.* Paris, 1901.)

Si l'on admet que certaines hépatites peuvent être d'origine splénique (Popoff. Chauffard), la preuve expérimentale du fait clinique restait à faire. MM. Chauffard et Castaigne ont comblé partiellement cette lacune. Si l'on injecte dans l'épaisseur de la rate de chiens adultes des particules solides. telles que des particules de carmin ou d'encre de chine. on constate leur propagation rapide au foie. où elles ne tardent pas à se fixer, par l'intermédiaire de la veine splénique et de la veine porte. De même, si l'on injecte des bacilles de Koch dans la rate. on obtient ultérieurement une tuberculose du foie. Ce dernier fait expérimental rappelle la constatation clinique de Rendu et Widal, et de Moutard-Martin et Lefas.

IV. — Valeur clinique de la réaction de Haycraft, par Chauffard et F. Gouraud. (*J. de phys. et de path. génér.* mai 1901).

La réaction de Haycraft sert à mettre en évidence la présence de la bile dans les urines. La pratique en est des plus simples : il suffit de déposer à la surface de l'urine un peu de fleur de soufre. Si l'urine contient de la bile, la fleur de soufre tombe au fond du vase, sinon elle surnage. La réaction est d'une grande sensibilité, puisqu'elle permet de révéler des traces de sels biliaires que les autres réactions classiques de Pettenkoffer, Salkowski seraient incapables de mettre en évidence. Mais il faut pour cela que les urines n'aient pas fermenté, et que l'individu dont les urines sont à examiner n'ait absorbé ni chloroforme. ni dérivé du phénol. car le passage de ces substances dans les urines donne parfaitement la réaction de Haycraft.

V. — Recherches sur l'immunité dans la Malaria, par A. Plehn. (1 vol. 85 p. Libr. Gust. Fischer. Iéna, 1901).

Il existe une immunité relative chez les individus nés dans les régions équatoriales ; l'immunité absolue existe même

chez certains d'entre eux. Le parasite de la malaria peut vivre dans le sang des premiers individus sans amener aucune réaction morbide. Par l'emploi systématique de la quinine, l'Européen peut acquérir une immunité relative. Dans le sang des individus en puissance de paludisme, on peut observer quelques détails d'un certain intérêt. Si les globules rouges renferment les granulations basophiles, dont on a beaucoup parlé dernièrement, l'infection ne tarde pas à survenir. Mais ni le nombre, ni la grosseur de ces granulations ne sauraient fournir des données précises sur la durée et la gravité de l'accès.

VI. — Culture du bacille de Koch sur les milieux acides, par G. Jochmann (*Hygiea. Rundschau*, janvier 1901.)

L'addition aux divers milieux de culture usuels pour le bacille de Koch de 1 % d'acide lactique semble favoriser sa végétation. L'emploi d'un autre acide ou bien de cet acide à un titre supérieur ne donne pas des résultats aussi favorables.

VII. — Etiologie de la coqueluche, par G. Jochmann et P. Krause. (*Zeitsch. fur Hyg.* 1901).

L'expectoration du coquelucheux renferme de très nombreuses bactéries, les unes ont été considérées comme spécifiques, les autres comme banales. De l'étude de 18 cas faite par les auteurs, il résulte qu'aucun de ces microbes n'est constant, et par suite spécifique. Celui qu'on rencontre le plus souvent est un petit bacille, décrit déjà par Eppendorf, très ténu, immobile, se décolorant par le Gram, et ne poussant qu'en milieux à hémoglobine. Viennent ensuite, comme fréquence, la bactérie de Czaplewski, morphologiquement semblable à la précédente, mais cultivant facilement sur tous les milieux, puis un autre bacille, analogue aux précédents, dont il ne se différencie que par sa propriété de rester coloré après l'action de la liqueur de Gram.

VIII. — Etiologie de la méningite cérébro-spinale, par Buchmann. (*Journ. of Hyg.*, 1901.)

De l'étude de quelques cas personnels, l'auteur présume que les microbes producteurs de la méningite cérébro-spinale pénètrent dans l'organisme par les voies respiratoires : c'est ainsi que Sherer, Weigert, Netter, les ont rencontrés dans les cavités nasales, Wright dans le poumon. D'ailleurs la méningite débute souvent par une inflammaion broncho-pulmonaire, le germe contage étant inhalé avec les poussières.

IX — Lésions des capsules surrénales dans quelques infections expérimentales aiguës, par Oppenheim et Lœper. (*Arch. de Médecine, expér. et comp.* juin 1901.)

A la suite d'infections expérimentales par les microbes de la diphtérie, du tétanos, du charbon et par le pneumo-bacille, on constate au niveau des capsules surrénales des lésions congestives, aboutissant parfois à l'hémorragie interstitielle ; dans la diphtérie il y a de plus une diapédèse assez intense : les lésions parenchymateuses, prononcées surtout dans la diphtérie, sont représentées par des foyers nécrotiques, abondants dans les zones réticulée et fasciculée interne. F. R.

X. — Propagation et prophylaxie du paludisme, par Jean P. Cardamatis, d'Athènes.

Que les moustiques constituent même en Grèce un moyen sûr de la propagation du paludisme, cela est un fait que l'on ne saurait nier, comme du reste on ne pourrait ne pas reconnaître l'existence du genre des Anophèles. Lors de notre séjour à Vratochi (1890 1894) endroit marécageux par excellence, nous distinguâmes trois genres de moustiques parmi ceux qui y existaient : le genre culex, le genre anophèle, dont les dimensions sont doubles des précédents, et enfin une troisième espèce diptère, les moucherons, dont la grandeur ne représente que le tiers des moustiques communs culex Les grands et petits moustiques (culex ou moucherons συνῖω πον οιλος produisent par leurs morsures une irritation de la peau, accompagnée de démangeaison et de papules d'urticaires quelquefois.

Il est vrai que la théorie de la propagation du paludisme par l'inoculation des moustiques est nouvelle : cependant certains de nos paysans croient que tous les insectes de l'été et particulièrement les punaises, à part leur incommodité, contribuent aussi à l'infection du sang (πογεύουσι τό αἷ πα), ou mieux à la propagation de toute maladie par inoculation. Théophanidis (traité sur les fièvres palustres 1895, p. 19) dans son excellent ouvrage sur les maladies paludéennes rapporte, mais pour l'intérêt historique seulement, le traité du médecin de Washington, A. Kink qui a essayé d'établir que l'infection palustre procède de la morsure des moustiques. Aphendoulis nullement soucieuse de ce que l'on dirait de ses opinions, a soutenu par conviction devant le second Congrès (procès-verbaux du Congrès Héllenique, 1888, page 149), des médecins hellènes, la transmissibilité de l'infection palustre. Quant à nous, avant que la propagation du paludisme par les moustiques, eût pris des fondements scientifiques (1897), ayant sous nos yeux des cas qui ne permettaient point le doute, et dans lesquels le paludisme était transmis par la rupture de la continuité de la peau en état sain ainsi que de la muqueuse, nous écrivîmes d'une façon plus expresse et plus concrète en janvier 1894 ce qui suit : (Csalien, 1894, n° 4, p. 51. Trois cas de fièvres palustres, etc.) « *Le parasite palustre par quelle voie précisement pénetre-t-il dans l'organisme ? On ne saurait y répondre d'une façon satisfaisante. La voie de l'appareil respiratoire semble fournir le plus de probabilités. Il n'est pas pourtant moins vrai que ce parasite peut se glisser dans l'organisme par un point blessé de la peau ou de la muqueuse, comme du reste nous supposons que les morsures de certains insectes, constituant autant de plaies microscopiques, peuvent servir de portes d'entrée par lesquelles le parasite pénètre dans l'organisme et détermine ce qu'on appelle paludisme.*

Les moustiques qui pullulent à Katochi infectent les quartiers bas, tandis qu'ils épargnent les quartiers ouverts et situés sur les hauteurs. Aussi toutes les maisons construites sur la hauteur escarpée de Katochi (où se trouvait notre demeure fixe), c'est-à-dire les maisons situées aux environs de Vroulia, sont les moins exposées aux invasions des moustiques, tandis qu'au contraire, toutes les autres maisons, et particulièrement celles qui sont situées sur les rives de la rivière Achéloos et près des potagers, de même que celles bâties au nord-ouest, dans le voisinage du marécage « Yéoluka », sont envahies par des essaims épais de moustiques qui apparaissent au coucher du soleil. Ceux qui habitent les points bas, pour éviter les moustiques, allument autour et en dedans de leurs maisons de grands feux qui répandent de la fumée en abondance, en y employant, au lieu de bois, la fiente des bœufs faite en pâte. On conçoit que les habitants de cet endroit n'ont certainement pas recours à cette mesure pour se préserver du paludisme, mais plutôt pour éloigner les essaims des moustiques et se procurer de la sorte un peu de sommeil. Mais cette mesure n'est point suffisante pour la prophylaxie du paludisme, et on voit les fièvres palustres sévir plus ou moins violemment dans toutes les maisons de Katochi : ceux qui en sont le plus éprouvés sont les habitants des points non élevés ; les fièvres sont plus rares chez les habitants des hauteurs.

En fait de moustiquaires, si vous en exceptez notre maison, tous les habitants de Katochi s'en trouvaient dépourvus. Personne chez nous ne fut atteint de fièvre palustre pendant qu'on se servait de moustiquaire : peut-être ce résultat était-il dû à ce moyen de prophylaxie. Mais, lorsque la dernière année de notre séjour, à cause des chaleurs excessives de l'été, l'on ne faisait régulièrement usage de moustiquaire, et que, à cause de la chasse, nous étions obligés de passer la nuit plusieurs fois à Paléopotamo, Blétsika, Trikkardo, Bouka, Valto, etc., tous endroits infectés par les moustiques, non seulement nous eûmes des atteintes de fièvre palustre, ce qui nous obligea de nous en aller, mais de plus notre femme a eu un accès pernicieux, et nous-mêmes étant imprégné longuement et abondamment du virus palu-

dique nous eûmes beaucoup de souffrances et nous ne recouvrâmes notre santé que longtemps après notre éloignement de ces foyers du paludisme.

Il résulte manifestement de cette petite observation, d'une part le rapport qui existe entre le paludisme et les moustiques, d'autre part le pouvoir préservatif des moustiquaires contre le paludisme. En effet, pendant notre séjour de quatre ans à Vratochi de l'Acarnanie, endroit marécageux par excellence et très insalubre, grâce à ce moyen préservatif, nous n'eûmes pas même un seul accès de fièvre intermittente simple, tandis qu'au contraire, dès le moment où il y a eu négligence dans l'emploi des moustiquaires, nous eûmes à souffrir non-seulement d'accès palustres, mais ce qui fut pis, nous eûmes à traiter dans notre famille un accès pernicieux en la personne de notre femme, ce qui nous obligea de quitter ces lieux marécageux, où nous avions fait nos études sur le paludisme comme dans une clinique particulière.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Le Dormiol.

M. le Pr Combemale, doyen de la Faculté de médecine de Lille et son élève, L. Camus, ont publié dans l'*Echo médical du Nord* une longue étude expérimentale et clinique sur le dimethyl-ethyl-carbinol-chloral, que les chimistes Fuchs et Koch, qui l'ont découvert, ont appelé dormiol.

Après Meltzer, Schulze, Pollitz, Peters et Claus, MM. Combemale et Camus ont tenu à se faire une opinion sur le dormiol qui, à en croire ces auteurs, devait conserver l'action hypnotique sans avoir les propriétés toxiques bien connues du chloral. Ils ont pu recueillir quelques documents dans le service de clinique médicale de la Charité de Lille.

Les propriétés physico-chimiques du dormiol sont les suivantes : liquide clair d'un goût brûlant comme le menthol, miscible à l'alcool, l'éther, au chloroforme, se dissolvant dans l'eau à partie égale, mais après un contact prolongé, ce qui permet des solutions concentrées ; en raison du goût peu agréable du médicament, les capsules de 0 gr. 50 centigr. chacune, qui sont très facilement acceptées par les malades, sont préférées à la solution.

Dans les cas où n'entre pas l'élément douleur et où ne se rencontre pas un élément psychique avec agitation considérable, le dormiol agit bien sur l'insomnie. Dans ces cas d'ailleurs, sa valeur n'est pas supérieure à celle du sulfonal ou de l'hydrate de chloral. Ces conclusions ont été déjà formulées par le Dr A. Clauss, qui, observant dans l'asile d'aliénés de Mortseele, près Anvers, a écrit : « Si le dormiol n'est pas le médicament de choix pour les insomnies avec agitation prolongée, il l'est au contraire pour les neurasthéniques, les aliénés à forme douce comme les mélancoliques ». Cependant dans les cas où l'élément douleur intervient, sévère ou faible, pour entretenir l'insomnie, si l'on peut atténuer d'autre part cet élément douleur, le dormiol donnera de bons résultats. L'administration du médicament sous forme de capsules en rend l'usage aisé. Aussi, si parmi les hypnotiques on voulait réserver une place au dormiol, à ne le considérer qu'au point de vue hypnotique, c'est à côté de l'hydrate de chloral et du sulfonal, mais légèrement au-dessous qu'il faudrait le ranger. Si réellement il n'a pas les propriétés toxiques du chloral, — et seules des recherches cliniques prolongées le montreront, — les services que le dormiol est appelé à rendre peuvent être considérables et de nature à détrôner les hypnotiques les plus communément employés.

Après les observations de MM. Combemale et Camus, de nouvelles contributions cliniques ont été apportées à la question par MM. Goldmann (de Vienne), Dornblith, von Kelly, Münk. Les conclusions de ces auteurs sont très rapprochées de celles que nous formulons plus haut. Voici d'ailleurs résumées, aussi succinctement que possible, les communications de von Kestly et Münk.

Ladislas von Kelly a expérimenté le dormiol sur cinquante-trois malades et sur ce chiffre ne relève que six insuccès (quatre chez des hystériques et deux chez des phtisiques). Dans un cas où von Kestly a vu diminuer le nombre des crises d'un épileptique en état de mal, cet auteur pense devoir attribuer ce résultat au dormiol.

Pour Münk, deux capsules par jour ont donné de bons résultats. Cependant, chez les nerveux, il préconise la solution qui permet de donner des doses moins fortes. Chez les cardiaques et les asthmatiques une seule capsule de 0 gr. 50 centigr. a procuré le sommeil. Dans les cas d'entéralgie cet auteur a obtenu une diminution de la douleur et enfin chez un typhique il a vu la température s'abaisser de 0°6 à 0°8 environ à la suite de la prise du médicament.

La Médication alcaline et la Méthode de Joulie.

Faut-il donner des alcalins dans les maladies que Bouchard a rangées dans la classe des « **Maladies de la Nutrition** », maladies où l'on rencontre l'hyperacidité urinaire ? A cette question on répondait jusqu'ici par l'affirmative. Or M. Joulie, dans une série de mémoires, en employant un nouveau mode d'analyse de l'urine, prétend avoir trouvé, dans la majorité des cas, non pas l'*hyperacidite*, mais l'*hypoacidité*, et il en conclut que ces malades sont justiciables, non d'un traitement alcalin, mais d'un traitement acide.

M. Gautrelet, le savant chimiste, dans un article très documenté du Bulletin des Sciences Pharmacologiques, a fait à la méthode de M. Joulie, plusieurs reproches qui l'attaquent dans ses principes. A) Inconstance et difficulté de conservation de la solution de sucrate de chaux employée par M. Joulie. B) Non saturation de la totalité des acides urinaires, au moment où apparaît le précipité de phosphate tricalcique qui marque, pour M. Joulie, la fin de la réaction. C'est ce qui explique que M. Joulie ait trouvé seulement 7 % d'hyperacides dans les maladies de la nutrition, alors que par les autres méthodes on en trouvait jusqu'à 84 %. Bien d'autres objections, d'ordre purement chimique, faites par M. Gautrelet à cette méthode, permettent de conclure avec lui, qu'il n'y a pas lieu de rejeter les anciens procédés, dont les résultats sont constants, et en rapport avec les données cliniques, et par suite il faut s'en tenir à la médication alcaline et ne pas craindre d'envoyer ces malades faire une cure aux eaux thermales bi-carbonatées (Vichy-Grande-Grille) dont l'efficacité dans ces cas est consacrée par l'expérience de tous les praticiens.

(Consulter : Joulie, « Dosage de l'hypoacidité urinaire, et Thérapeutique de l'hyper et de l'hypoacidité », « Urologie pratique et thérapeutique nouvelle.. idem.. » — Cautru « Du rôle de l'acidité urinaire en pathologie ; traitement de l'hypoacidité par l'acide phosphorique. »

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des Maladies du Cœur et de l'Aorte, par le Dr E. Barié, médecin de l'hôpital Laënnec (2e édition, Paris, Rueff, éditeur, 1901).

Le livre de M. Barié, conçu dans un but essentiellement pratique, répond, comme l'annonce le Dr Potain dans sa préface, à un besoin des élèves et des praticiens.

Encore que volumineux, il n'accorde aux doctrines qu'une place minime, réduit les théories au strict nécessaire ; attribuant au contraire les plus larges développements à l'exposé clinique et aux déductions thérapeutiques. Ecrit avec une grande précision, sobre d'allures et de mots, mais riche de faits, cet ouvrage présente avec une grande clarté les problèmes les plus ardus de la nosologie cardiaque. Le plan suivi par l'auteur facilite la lecture du livre ; et d'heureuses innovations en fixent les parties essentielles. Au cours de chaque chapitre, tel mot saillant mis en italique, telle indication bibliographique, sont autant de repères précieux qui permettent d'envisager d'un coup d'œil une ques-

tion longuement développée, et qui appellent plus spécialement l'attention sur un fait capital. Au début de chaque étude, un *historique* très documenté permet de suivre l'évolution de la science des cardiopathies, et les chapitres les plus importants sont suivis d'un *résumé* où les points principaux de la question sont classés méthodiquement et frappent la mémoire.

Le livre du docteur Barié est divisé en dix parties.

La première est un *résumé de l'anatomie et de la physiologie normales du cœur*.

La seconde est consacrée à la *sémiologie du cœur et de l'aorte*. Outre l'exposé des moyens classiques d'investigation en matière de cœur, l'auteur y donne des détails sur l'application de la *phonendoscopie* et de la *radioscopie*. Mais il développe surtout les renseignements fournis par l'auscultation, et analyse longuement les altérations du rythme cardiaque et les souffles. Ce long chapitre de sémiologie s'achève par des notions très précises sur la délimitation de l'aorte en clinique, sur les renseignements fournis par les artères et par les veines dans les maladies du cœur, enfin sur la technique de l'autopsie d'un cœur malade.

L'étude des *péricardites* fait l'objet d'un troisième chapitre où la fonction du péricarde est traitée avec de longs développements.

La quatrième partie, consacrée aux *maladies de l'endocarde*, contient de longs développements sur la pathologie générale des cardiopathies valvulaires, et sur les altérations anatomiques du poumon, du foie, du rein, du cerveau, consécutives à ces cardiopathies. Cette étude d'ensemble est suivie de l'histoire particulière des différentes affections valvulaires. Un paragraphe spécial est réservé aux affections congénitales du cœur.

L'importance et la diversité des *affections du myocarde* justifie l'étendue de la cinquième partie. Après les myocardites et leurs conséquences : sclérose, dégénérescences, hypertrophie, dilatation, viennent les néoplasies : enfin une longue étude de l'asystolie terme ultime des cardiopathies organiques, clôture ce chapitre. La cinquième partie contient l'exposé d'un certain nombre d'états pathologiques du cœur tenant à une affection d'ordre général : cœur dans la grossesse, cœur des goutteux, des diabétiques, des tuberculeux, des tabétiques.

Les *grands troubles fonctionnels* du cœur sont renfermés dans la sixième partie. A noter : l'étude de la tachycardie paroxystique essentielle : et l'étude du pouls lent permanent.

Dans la septième partie ont été groupées les plus graves parmi les *complications des maladies* du cœur ; la thrombose cardiaque, la cyanose, la syncope, y sont étudiées.

La huitième partie est consacrée à une longue étude des *coronarites*. De minutieux détails mettent en lumière les divers points de l'importante question de l'angine de poitrine.

Les *affections de l'aorte et les anévrysmes* constituent la neuvième partie, le diagnostic et le traitement des anévrysmes de l'aorte y sont l'objet de développements étendus.

Enfin, complément nécessaire à cette étude pratique, une dixième partie est consacrée à la *thérapeutique cardiaque* : hygiène du cardiaque dans la vie privée et dans la vie publique ; régime alimentaire d'abord. Puis vient l'exposé des médicaments cardiaques : toniques, modérateurs, dépresseurs, diurétiques et stimulants.

Tel est le plan suivi par l'auteur, qui a toujours été guidé par le souci d'une grande clarté et de beaucoup de méthode. Son livre se lit sans effort, mais non point sans profit, tant pour l'élève qui y cherche un exposé didactique que pour le praticien désireux d'y trouver des aperçus nouveaux sur la pathologie cardiaque. L. E. MOREL.

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière, par le Dr PHOCAS, agrégé de la Faculté de Lille. (Paris, 1901, Vigot frères, éditeurs.)

Cet ouvrage, qui fait partie de la collection des *Manuels de Thérapeutique clinique* publiés sous la direction de M. le Professeur Lemoine, de la Faculté de Lille, a été conçu et rédigé dans un esprit essentiellement pratique, au point de vue de la chirurgie courante, « de manière à pouvoir être consulté par les praticiens, qui, tout en ne s'occupant pas de grande chirurgie, ont besoin d'être au courant des méthodes chirurgicales modernes et de leurs indications », et qui trouveront là, en outre, d'utiles enseignements relativement à la technique des opérations usuelles. Après deux chapitres préliminaires consacrés, l'un à l'antisepsie et à l'asepsie, le suivant à l'anesthésie, M. Phocas entre en matière par l'étude du traitement des plaies en général et de leurs complications, des abcès et des phlegmons, des diverses gangrènes, etc... Sous le titre Maladies des tissus, viennent ensuite une série d'articles concernant les kystes, l'hygroma, les kystes synoviaux les angiomes, les varices, etc.., et enfin les névralgies rebelles aux moyens médicaux et justiciables d'interventions opératoires diverses. Les deux parties qui suivent ont respectivement trait aux affections des os et à celles des articulations, et prennent dans le Manuel une large place, en rapport avec le nombre et l'importance des questions qu'elles embrassent ; il en est de même, un peu plus loin, des chapitres consacrés aux hernies et aux organes génito-urinaires. En ce qui concerne les autres chapitres, leur ordre de succession est le même que dans les traités de pathologie : crâne, face, cou, poitrine, abdomen, etc. 108 figures, schémas, dessins d'appareils, reproductions de photographies représentant diverses manœuvres, etc.., sont disséminés dans l'ouvrage et viennent apporter leur appoint démonstratif aux enseignements du texte. — Résumer dans un Manuel de 600 et quelques pages un aussi grand nombre de sujets divers, et faire d'une publication semblable, forcément rapide, un ouvrage d'une réelle valeur, est une tâche laborieuse et difficile. M. Phocas l'a bravement entreprise, et l'a accomplie de façon très heureuse et très honorable. Fidèle au plan qu'il avait adopté, il a su se maintenir dans la note clinique, et l'allure générale de son livre répond bien à sa destination, C'est une série d'articles concis et clairs, où chaque question est condensée et réduite à ses points essentiels, sans préoccupation de détails d'importance secondaire, et où l'auteur, en praticien expérimenté, manque rarement de mettre en relief le côté de la question, — indication thérapeutique, choix de méthode ou de procédé, ou préceptes de technique, — sur lequel son lecteur souhaitera particulièrement être renseigné. Et si quelques oublis peuvent être relevés, si l'on peut regretter la brièveté de certains paragraphes un peu sacrifiés comparativement à d'autres, défauts à peu près inévitables d'ailleurs, et bien excusables, dans un travail de ce genre, c'est seulement par contraste avec la valeur du reste qu'ils se laissent apercevoir çà et là, comme de légères ombres dans un ensemble excellent. En somme, ouvrage bien compris et soigné, qui fera honneur à son auteur, et qui mérite de figurer en bon rang parmi les livres de chevet du praticien. CH. H. PETIT-VENDOL.

Traité de Médecine et de Thérapeutique, publié sous la direction de P. BROUARDEL et A. GILBERT (Tome VIII. Maladies des plèvres et du médiastin. Maladies de l'axe cérébro-spinal) (J.-B. Baillière et fils, édit., 1901).

Le huitième volume du *Traité de médecine et de Thérapeutique* ne le cède en rien aux autres. Il débute par une longue étude des pleurésies par le Pr Landouzy et M. Marcel Labbé. L'anatomie et la physiologie de la plèvre, qui ont une si grande importance pour bien faire comprendre les symptômes et l'évolution des pleurésies, forment une introduction à cette savante étude des pleurésies dont nous ne pouvons donner ici même une brève analyse. A côté de cette monographie, signalons, parmi les chapitres les plus dignes de remarque dans ce volume, le chapitre sur le pneumothorax par M. Galliard, celui de M. Menétrier sur le cancer du poumon, celui dû à la plume de M. Boinet sur les adénopathies et les tumeurs du médiastin. Nous ne saurions passer sous silence l'article « aphasie » de M. Gilbert-Ballet, l'étude sur les troubles trophiques faite par M. Ch. Achard et L. Lévi et enfin la « pathologie du cerveau, » par M. P. Marie et M. Klippel. De nombreux tracés et figures aident à la compréhension du texte. J. N.

Thérapeutique clinique et bactériologique de l'appareil respiratoire, par Le Roy. (1 vol. 191 p., Paris, 1900. Rueff, éditeur.)

L'étude de la flore bactérienne des voies respiratoires est des plus délicates ; sans cesse en communication avec l'air extérieur, dont la teneur bactériologique varie d'un moment à l'autre, les bronches renferment une infinité de microorganismes que l'on retrouvera le plus souvent mélangés dans les crachats aux microbes pathogènes. Le difficile, dans la question, est précisément de reconnaître les bactéries banales des bactéries spécifiques, mais ceci demande un outillage de laboratoire considérable, des loisirs, toutes choses dont ne disposait pas l'auteur, comme il le dit lui-même, dans son introduction.

Praticien avant tout, il a du faire ses recherches avec un outillage restreint, pendant les quelques instants de repos que lui laissait sa clientèle. Ce n'est donc pas un traité critique de la bactériologie de l'appareil respiratoire, mais plutôt une énumération de la plupart des microbes que l'on peut rencontrer à l'état normal et à l'état pathologique chez l'homme. Néanmoins, l'auteur mérite d'être applaudi. Son livre, comme le dit Ch. Rémy, est bien fait pour les praticiens : il leur montre la voie, puisque c'est dans son appartement, malgré la clientèle, qu'il a pu faire de délicates manipulations ; il leur montre également qu'il n'est pas nécessaire de recourir à un laboratoire privé pour avoir des renseignements bactériologiques, et que tout médecin, par quelques études spéciales, peut être à lui-même son propre expert en choses de bactériologie courante.

Le cancer du gros intestin, rectum excepté, par R. de Bovis, professeur à l'école de médecine de Reims, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu. (F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Il s'agit d'un travail extrêmement approfondi et très documenté, basé sur 426 faits, dont 17 inédits. C'est, avec la thèse de Lardennois, l'une des premières descriptions d'ensemble qui ait été donnée du traitement chirurgical du cancer du gros intestin jusqu'ici confondu avec celui de l'occlusion intestinale. Après une étude minutieuse des lésions macroscopiques utiles à connaître pour l'opérateur, l'auteur trace un tableau clinique de la maladie en groupant les observations par faisceaux. Mais le diagnostic précoce reste néanmoins très obscur, et c'est cependant à cette phase du début que la thérapeutique chirurgicale a seule quelque chance de donner des succès définitifs ou au moins durables. Aussi, le traitement palliatif, anus contre nature, entéroanastomose, occlusion intestinale est-il aussi bien traité dans cet ouvrage que celui des résections et opérations curatives. A noter en passant que, pour ce cancer, l'auteur se montre peu favorable à la méthode dont on a beaucoup parlé ces temps derniers, qui est celle de l'occlusion. Nous ne saurions trop répéter qu'une étude aussi consciencieuse marque une date dans la question et constitue un travail de haute valeur scientifique. L. L.

La lutte contre la tuberculose, par Brouardel. (1 vol. 208 p. Paris. 1901. Baillière, éditeur.)

Ce livre, écrit avec la clarté lumineuse familière à son auteur, est surtout un livre de vulgarisation. Il ne renferme point le résumé d'expériences de laboratoire, à résultats incertains, a applications thérapeutiques douteuses. Mais, basé sur les données de l'observation courante, sur les statistiques officielles, il montre que la tuberculose, affection éminemment contagieuse, est évitable, et, de plus, curable. L'auteur étudie en particulier les nombreuses causes qui favorisent la contagion, les logements insalubres, la misère : ainsi, sur 10.000 habitants de Paris, il meurt par an 104 individus par tuberculose dans le quartier de Plaisance, 81 dans le quartier du Combat, tandis qu'il n'en meurt que 10,8 dans le quartier des Champs-Elysées, 19,9 dans celui de Saint-Philippe-du-Roule. Cette proportion, vraiment considérable en certains endroits, montre combien importante est la question de la lutte contre la tuberculose. Malheureusement, en France, tout est à faire. Tandis que nos voisins, grâce a des systèmes ingénieux, voient chaque année la proportion des tuberculeux diminuer progressivement, il en est tout autrement chez nous. Le danger est immense, dit M. Brouardel. Après avoir passé en revue les divers systèmes de défense en usage en Angleterre et surtout en Allemagne, l'auteur discute quel serait le meilleur régime a adopter en France. Ce régime doit être variable, suivant les circonstances. Il doit comporter l'assainissement des habitations, la création d'établissements nombreux de cure, l'assurance mutuelle contre la maladie, l'institution, comme en Allemagne, de compagnies d'assurances contre la tuberculose, avec traitement au sanatorium.

Les parasites du cancer et du sarcome de l'homme, par Max-Schuller. (1 vol. avec 3 planches et 63 figures, Fischer, éditeur, Iéna, 1901.)

On a décrit de si nombreuses et dissemblables variétés de parasites dans le cancer, que toute nouvelle publication de ce genre est accueillie avec réserves. Cependant, la grande autorité dont jouit Max-Schüller mérite qu'on s'arrête à son ouvrage sur les parasites du cancer humain. On doit procéder de la façon suivante : au cours d'une opération sur l'homme, on prélève un petit cube de la tumeur à extirper, avec toutes les précautions d'asepsie usitées en pareil cas. Puis ce petit cube est mis dans une fiole à large goulot, que l'on ferme avec du coton stérilisé et de la cire bouillante. Le flacon et son contenu sont alors enfouis dans la cavité péritonéale d'un lapin, et y séjournent 8 à 10 jours et plus, suivant l'expérience. Au bout de ce temps, le flacon renferme quelques grumeaux, qui se détachent facilement de la tumeur ; ce sont ces grumeaux qui contiennent de grandes quantités de parasites, ronds ou ovalaires, à capsule très résistante, de nature chétineuse probable, à contenu jaunâtre et très riche en granulations. Sont-ce là les parasites du cancer ? Max-Schüller n'hésite pas à l'affirmer. Sont-ce au contraire des cellules épithéliales plus ou moins macérées, déformées ? La chose est possible ; néanmoins, la méthode de culture conseillée par Max-Schüller est a suivre pour des recherches analogues.

Les droits de l'enfant, par Mme J. Leroy. (Montgredien, Paris, 1901.)

Les droits de l'enfant ! Avec un pareil titre, ce livre ne peut trouver une heure plus favorable pour être présenté au public. A cette époque, où l'on semble plus accessible à la pitié, où l'on commence, trop rarement encore, à s'apercevoir que l'enfance, pour de multiples raisons, réclame, avant tout, les soins des philanthropes : au moment où une exposition consacrée aux enfants et à leur histoire a essayé d'émouvoir la curiosité parisienne par tous les moyens qu'ont pu imaginer les cerveaux fertiles des organisateurs, cet ouvrage de Mme Leroy est d'une actualité remarquable. C'est un guide sur pour ceux qui veulent s'enrôler dans cette armée destinée à combattre la misère ; c'est un traité complet de pathologie sociale où l'on voit décrites les plaies qui nous dévorent et auxquelles il faut sans retard apporter un remède efficace. Nourrissons mal alimentés, enfants délaissés, écoliers insubordonnés, caractères vicieux, criminels précoces, etc, etc, presque tout est étudié, analysé, la cause de chaque misère est exposée franchement : les responsabilités en sont démontrées ; mais, et c'est là surtout le mérite inestimable du livre, à coté du mal le remède est placé. Assez de théories, de phrases, de discours, de ventes, de loteries, de fêtes dites de charité : des actes, c'est-à-dire une assistance utile, faite non seulement avec la bourse et par snobisme, mais avec le cœur et l'intelligence. Mme Leroy, pour faciliter la tâche de ceux que la lecture de son livre, d'une forme si agréable et si attrayante, ne manquera pas de persuader, discute les qualités et les défauts des œuvres existantes : elle en fait voir le point faible : sa connaissance très documentée des questions charitables indique la voie à suivre et les réformes nécessaires. Evidemment, le champ est trop vaste et les systèmes de protection trop complexes pour que ce seul livre, même en 350 pages, puisse tout embrasser.

Mais les omissions sont peu de chose eu égard à la multiplicité des documents, aux plaidoyers chaleureux qui se rencontrent à chaque page, a la tâche que s'impose l'auteur d'entraîner a sa suite des bonnes volontés travaillant comme elle au salut de l'enfance.

Sans compter l'introduction, traitant de la charité actuelle à un point de vue général, ce volume comprend ces trois parties : *le nourrisson, l'écolier, la maternité*. Dans la 2e partie (l'Ecolier), on trouve une série de chapitres sur les jeunes délinquants, les impulsifs ; les maisons de correction, les écoles de réforme, qui

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

(Vient de paraître)

Librairie du « Progrès Médical »

Cardamatis. — Forme très grave de cachexie paludéenne aiguë. In-8° de 14 pages. — Prix : 0,75, pour nos abonnés.. 0,50

Cardamatis et Kanellis. — Etude clinique sur la fièvre pernicieuse dite gastralgique. In-8° de 16 pages. — Prix : 0,75, pour nos abonnés.. 0,50

Kanellis et Cardamatis. — De la fièvre dysentérique dite pernicieuse. In-8° de 16 pages. — Prix : 0,75, pour nos abonnés.. 0,50

Katz. — Un cas de congestion cérébrale active avec autopsie. In-8° de 6 pages. — Prix : 0,50, pour nos abonnés........ 0,35

Lagriffe. — Abcès du lobe temporal droit du cerveau d'origine inconnue. In-8° de 14 pages. — Prix : 0,75, pour nos abonnés.. 0,50

Sérieux. — Les cliniques psychiatriques des universités allemandes. In-8° de 90 pages. — Prix : 3 fr. 50, pour nos abonnés.. 2 fr. 50

Picqué (Lucien). — Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat du 1er mars 1900 au 1er mars 1901. In-8° de 22 pages. — Prix : 1 fr., pour nos abonnés.............. 0,75

Dr Loup. — Des fumigations de calomel dans le traitement des angines et notamment de l'angine diphtérique présentation d'un appareil. In-8° de 8 pages avec 1 figure. — Prix : 0,60, pour nos abonnés.. 0,40

Dr Leudet. — Aperçus cliniques sur le tuberculeux pulmonaire. In-8° de 16 pages. — Prix : 1 fr.. pour nos abonnés. 0,75

Dr Hamon du Fougeray. — De l'origine rhino-pharyngienne des goitres. Brochure in-8° de 20 pages.— Prix : 1 fr., pour nos abonnés.. 0,75

Dr Coudray. — Quelques réflexions sur les sérums en thérapeutique. Brochure in-8° de 12 pages. — Prix : 0,60, pour nos abonnés.. 0,50

Dr Régis. — Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire. Brochure in-8° de 12 pages. — Prix : 0,60, pour nos abonnés.. 0,50

Dr Aubry. — Un nouveau signe physique spécial à l'intoxication alcoolique. Le signe de Quinquaud. Brochure in-8° de 6 pages. — Prix : 1 fr., pour nos abonnés.................. 0,75

Librairie Doin, 8, place de l'Odéon.

Raymond (F.). — Clinique des maladies du système nerveux. hospice de la Salpêtrière, année 1898-1899, cinquième série. In-8° de 680 pages avec 77 figures et 5 planches en couleurs. — Prix.. 17 fr.

Chabert. — *Neurasthénie, cérébrasténie ; traitement de Weir Mitchell.*

Meige (H.) et Feindel. — Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou (Extrait de la *Revue neurologique*).

Meige (H.). — Prophètes et thaumaturges au XIXe siècle. (Extrait des *Connaissances médicales*).

Mauriac (E.). — La défense du vin et lutte contre l'alcoolisme. In-8° de 114 pages. — Prix.............................. 2 fr.

Duhourcau. — L'albuminurie et son traitement hydrologique. — Etude comparative.

Librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Bloch (Albert). — L'art dentaire et la médecine militaire. In-8° de 12 pages.

Dr Netter. — Les injections préventives de sérum antidiphtériques et leur efficacité. — Leurs diverses indications. In-8° de 20 pages. (Extrait du *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*).

Librairie C. Naud, 3, rue Racine.

Depierris (J.-G.-A.). — La notion de l'isotonie dans les rapports avec certains faits de thérapeutique journalière. Brochure in-8° de 8 pages.

Beauregard (H.). — Matière médicale zoologique histoire des drogues d'origine animale. In-8° de 424 pages avec 4 planches en couleurs et 144 figures. — Prix.......................... 12 fr.

Dr Dom Sauton. — La léprose. In-8° de 500 pages avec 60 figures et 5 planches. — Prix.......................... 22 fr.

Dr Cazaux Marcellin. — Sur la prétendue absorption cutanée dans le bain. In-16 de 16 pages.

Soury (J.). — Amiboïsme des cellules nerveuses. In-8° de 32 pages.

Librairie Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain.

Jourdin et Fischer. — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. In-18 de 150 pages. — Prix.............. 2 fr. 50

Association française pour l'avancement des sciences. — Compte rendu de la 29e session.

Annuaire statistique de la ville de Paris. — XIXe année 1898. In-4° de XXXII-951 pages. — Prix................ 6 fr.

Charcot (J. M.). — *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* (Extrait). In-8° de 10 pages.

Bouchard et Chauveau. — *Journal de physiologie et de pathologie générale.* (Extrait). In-8° de 16 pages.

Lumière (Aug. et Louis) et Chevrotier (J.). — Propriétés pharmacodynamiques principales du mercure phénol disulfonate de sodium (hermophényl) (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, n° 3, mai 1901).

Monod (H.). — Bienfaisance privée et assistance publique. Gr. in-8° de 28 pages.

Librairie Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Nimier (H.) et Laval (Ed.). — Traitement des blessures de guerre. In-12 de 522 pages avec 52 figures. — Prix....... 6 fr.

Hartenberg (P.). — Les timides et la timidité. Bibliothèque de philosophie contemporaine. In-8° de 266 pages. — Prix. 5 fr.

Fleury (M. De). — Les grands symptomes neurasthéniques, pathogénie et traitement. In-8° de 412 pages. — Prix... 7 fr. 50

Sollier (Paul). — L'hystérie et son traitement. In-12 de 294 pages. — Prix.. 4 fr.

Terrier (F.) et Peraire. — Manuel de la petite chirurgie de *Jamain.* In-12 de 1000 pages avec 572 figures. — Prix.... 8 fr.

Librairie A. Maloine, 23, rue de l'École-de-Médecine.

Matsoukis Calogero. — Etude des capsules surrénales. In-8° raisin de 72 pages.

Collin. — Contrexeville. Ses eaux. Ses environs. Excursions dans la région des Faucilles. In-18 de 200 pages avec 27 figures et 11 cartes.

Friedlander (M.). — Leçons sur les maladies de l'appareil urinaire de l'homme traduit par Dandoy (L.). In-8° de 230 pages avec 56 figures. — Prix.............................. 10 fr.

Dartigues (L.). — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. In-8° de 490 pages avec 55 figures dont 8 en couleurs. — Prix................. 12 fr.

Lombard. — Contribution à l'étude physiologique du leucocyte. In-8° de 60 pages.

Guyenot (d'Aix-les-Bains). — La chaleur radiante lumineuse. — Agent thérapeutique. — Les appareils Dowsing. — Bains d'air chaud jusqu'à 260 centigrades. — Bains de chaleur et de lumière. In-8° de 50 pages avec 3 planches. — Prix............ 2 fr. 50

ne manqueront pas d'intéresser les lecteurs du *Progres medical* auxquels les questions d'assistance aux anormaux sont certainement familières. A côté des remédes proposés dans « Les droits de l'enfant », ils ne manqueront pas de ranger les projets défendus dans ce journal même avec tant d'ardeur, et depuis longtemps, par le Dr Bourneville : il y a souvent parlé de l'assistance aux anormaux.et plus particuliérement de l'utilité qu'il y a *à créer des classes spéciales pour les enfants arriérés.* C'est là une œuvre que je considère comme capitale et à laquelle on souhaiterait que les maitres de la philanthropie s'arrêtassent sans retard. Aussi, pour que rien ne reste ignoré ou méconnu, la création d'une maison de l'enfance serait, en effet, précieuse. Tous les projets y seraient étudiés, mûris, dissimulés, et les enfants n'auraient qu'à bénéficier d'un groupement de tous les philanthropes.

Telle est la conclusion pratique du livre de Mme Leroy.

Georges Paul-Boncour.

VARIA

L'introduction du livre des maladies des femmes grosses et accouchées de Mauriceau.

François Mauriceau, maître ès arts, et chirurgien juré à Paris fit paraître en 1673 son livre intitulé : « Des maladies des femmes grosses et accouchées avec la bonne et véritable méthode de les bien aider en leurs accouchements naturels et les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre nature et aux indispositions des enfants nouveau-nés. Ensemble une très exacte description de toutes les parties de la femme, qui sont destinées à la génération. Le tout accompagné de plusieurs belles figures en taille douce, nouvellement et fort correctement gravées. Œuvre très utile aux chirurgiens, et nécessaire à toutes les sages-femmes pour apprendre à bien pratiquer les accouchements. »

Le savant accoucheur qui logeait modestement, au milieu de la rue des Petits-Champs, à l'enseigne du bon médecin, dédia son livre à tous ses chers confrères, les maîtres chirurgiens jurés de la ville de Paris. Son épître dédicatoire mérite d'être connue, car elle était, pour l'époque, d'une rare indépendance. « Ayant besoin, y disait-il, d'un ferme et solide appui pour la faiblesse de mes conceptions, je veux imiter la plupart des auteurs, qui cherchent ordinairement la protection de quelque personne de crédit pour faire paraître au public leurs ouvrages sous son nom, mais je ne suivrai pas la coutume que plusieurs ont de les dédier le plus souvent à des gens qui n'ont aucune connaissance de la matière dont ils traitent, poussés à cela, plutôt par l'espérance de quelque récompense mercenaire, que par aucun autre motif. » Aussi, ce n'est ni au prince de X., ni au duc de Y., ni au marquis de Z., qu'il dédie son œuvre, c'est « à ses confrères, qui, écrit-il, sont seuls capables de bien juger ce fruit de ses veilles, qui courrait risque d'être rongé du ver de l'envie, s'il ne le mettait en leur main pour l'en garantir ». A cette époque, si l'on en juge par cette phrase, la concorde fraternelle était loin de régner au camp des accoucheurs. Mauriceau, dans sa dédicace, faisait cependant, sans fausse modestie, l'éloge dithyrambique de cette célèbre compagnie des chirurigiens de Paris, dont il était membre, les seuls dont on pouvait dire en Europe :

Vos sol, alios umbra regit.

On était, il est vrai, sous le règne du Roi Soleil, et comme, d'autre part, c'était encore l'époque des beaux esprits, les chirurgiens jurés de Paris, charmés du procédé de leur savant confrère, lui répondirent en vers. Les epigrammes, les anagrammes, les madrigaux en français ou en latin plurent chez Mauriceau : tous n'étaient pas des chefs-d'œuvre, mais le fait d'écrire ainsi la préface d'un traité d'accouchements n'est pas commun de nos jours, et nous en citerons quelques pièces a titre de curiosites. D'abord Vivien, maître chirurgien, prévot juré et garde des maitres chirurgiens de Paris, envoya l'épigramme suivante :

On voit en tes escrits très savant Mauriceau,
Que quiconque avant toi traita cette matière,
N'eut jamais assez de lumière,
Pour en faire un traité si beau ;
Tu sais si bien toucher les choses que tu touches
Et leur donner un si beau tour
Que ton livre des Couches
Est le plus bel Enfant qu'on puisse mettre au jour.

Un autre chirurgien anonyme adressa le Madrigal :

Quoique l'ancienne Médecine
D'une humeur austère et chagrine
Se vante de savoir jusqu'aux moindres ressorts
Et d'avoir déterré tous les secrets trésors
De cet art qui du ciel tire son origine,
Cependant ton Soleil nouveau
De cent nouveaux rayons embellit sa carrière
Et je ne sais lequel aura plus de lumière
Ou du Soleil ou bien de Mauriceau

Cet anonyme, plus chirurgien que poète n'avait, heureusement plus à craindre la verve de Molière qui venait de mourir ; qu'eût dit l'auteur du *Misanthrope* et du *Malade imaginaire* en lisant ce madrigal, lui qui avait été si sévère pour le sonnet d'Oronte.

Nous passerons sous silence l'anagramme de Michel Triboulleau et les vers de François Delaurens, leur poésie latine ne vaut guère plus que les pièces françaises que nous venons de citer, nous terminerons par un Madrigal de Binart :

Tu n'enfantes que des merveilles,
Tu ne produis rien que de beau,
Et ton nom, par ce livre, affranchi du tombeau,
Montre assez le fruit de tes veilles.
Quoi, Mauriceau, dans la fleur de tes ans !
Surpasser dans ton art même les plus savants !
En avoir les secrets comme l'expérience,
Guérir des maux désespérés,
Et nous donner enfin la connaissance
Par des moyens très assurés
De tirer un enfant hors des flancs d'une mère,
Quand la nature manque à le faire sortir
Dans le temps qu'elle le doit faire !
Ce sont des choses, sans mentir,
Qui sont au-dessus du vulgaire,
Et qui te feront tant louer,
Qu'à jamais la race future
Sera contrainte d'avouer,
Malgré l'envie et l'imposture,
Que l'art en toi toujours a passé la nature.

La rime pourrait parfois être plus riche, le tour des vers moins prétentieux, mais Binart n'exagérait rien, la race future avoue sans contrainte que Mauriceau fut un grand accoucheur, et « les moyens très assurés de tirer un enfant hors des flancs d'une mère, quand la nature manque à le faire sortir » portent encore le nom de manœuvre de Mauriceau.

J. Noir.

LES CONGRÈS

Congrès triennal de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.

Le Congrès triennal de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie va s'ouvrir le 23 septembre, à Nantes, sous la présidence de M. le Dr Sevestre, membre de l'Académie de médecine. Le président du Comité local est M. le Dr Malherbe ; toutes les demandes de renseignements et les communications doivent être adressées à M. le Dr Guillemel, secrétaire général, 7, quai Brancas, à Nantes.

Deuxième Congrès international des Médecins de Compagnies d'assurances

Le Congrès aura lieu à Amsterdam, les 23, 24 et 25 septembre.

Programme : *Lundi 23 septembre*, à 10 h. 1/2 du matin. — Séance solennelle d'ouverture à l'Université d'Amsterdam.

— A 1 h. 1/2 du soir. — 1. Discussion du rapport de la commission du formulaire médical universel. Rapporteur, M. le Dr Poëls (de Bruxelles). — 2. Discussion du rapport de M. le prof. B.-J. Stokvis (Amsterdam) : De l'albuminurie, considérée au point de vue de l'assurance sur la vie. — 3. *a)* Discussion du rapport de M. le Dr Poëls (Bruxelles): De l'admissibilité des risques tarés ; *b)* Communication sur les risques tarés, par M. Sven Palme, directeur de la compagnie d'assurances-vie « Thule » (Stockholm). — 4. Discussion du rapport de M. le Dr E. Moritz (Saint-Pétersbourg) : De l'artério-sclérose. — A 8 heures du soir. — Réception officielle de MM. les membres du Congrès et de leurs dames, à l'Hôtel de Ville d'Amsterdam, par MM. les bourgmestre et échevins, à 8 h. très précises (toilette de soirée). — A 9 heures du soir. — Réception de MM. les membres et de leurs dames par le comité d'organisation, dans les salons de la maison Couturier, Keizersgracht, 674.

Mardi 24 septembre, à 9 heures du matin. — 5. Discussion du rapport de M. Salomonsen (Copenhague) : La syphilis et l'assurance sur la vie. — 6. Discussion du rapport de M. P. Grosse (Leipzig) : Les anomalies et les maladies de la peau en matière d'assuranees sur la vie. — 7. Discussion du rapport de M. A. Mahillon (Bruxelles) : La femme au point de vue de l'assurance sur la vie. — 8. Discussion du rapport de M. Hingston-Fox (Londres) : Sur la mortalité pendant les premières années de l'assurance. Etude des sinistres précoces. — 9. Discussion du rapport de M. Dyce Duckworth (Londres) : Observations sur certaines habitudes alcooliques au point de vue de l'assurance sur la vie. — A 1 h. 1/2 du soir. — 10. Discussion du rapport de M. Siredey (Paris) : De l'admissibilité des glycosuriques. — 11. Discussion du rapport de M. le prof. Wertheim-Salomonson (Amsterdam) : Des tremblements considérés au point de vue de l'assurance sur la vie. — 12. Discussion du rapport de M. Crocq (Bruxelles) : De l'importance de l'examen des réflexes, en matière d'assurances sur la vie. — 13. Discussion du rapport de M. Florschütz (Gotha) : Les limites de l'admissibilité des risques. — A 8 h. du soir. — Représentation de gala au grand théâtre municipal (toilette de soirée).

Mercredi 25 septembre, à 9 heures du matin. — 14. Discussion du rapport de M. Van Der Burg (Laag-Sooren) : De l'admissibilité des personnes qui ont séjourné dans les pays chauds. — 15. Discussion du rapport de M. J. Weil-Mantou (Paris) : L'appendicite considérée au point de vue de l'assurance sur la vie. — 16. Discussion du rapport de M. J. Coert (La Haye) : Les hernies considérées au point de vue de l'assurance contre les accidents. A 1 h. 1/2. — 17. Discussion du rapport de M. E. Poëls (Bruxelles) : L'infection des plaies au point de vue de l'assurance sur la vie. — 18. Discussion du rapport de M. Burger (Amsterdam) : De l'otite moyenne considérée au point de vue de l'assurance sur la vie. — 19. Discussion du rapport de M. de Lantsheere (Bruxelles) : Les affections oculaires en matière d'assurance sur la vie. — 20. Communications diverses. — Clôture du Congrès.

A 8 heures du soir. — Banquet par souscription, maison Couturier, Keizersgracht, 674, Amsterdam (20 fr., vins compris : prière de faire parvenir le montant de la souscription à M. Blankenberg, secrétaire, Damrak, 74, Amsterdam, avant le 24 septembre).

Jeudi 26 septembre. — Le comité d'organisation du Congrès a l'honneur d'inviter MM. les membres et leurs dames à une excursion en bateau sur la Zuiderzee (île de Marken, ville d'Edam, villages de Volendam et Broek in Waterland). En cas de mauvais temps, l'excursion aura lieu par chemin de fer (voitures spéciales).

Prière de répondre à M. Blankenberg, secrétaire, Damrak, 74, Amsterdam.

Secrétariat. — Pendant la durée du Congrès, le bureau du secrétariat se trouvera à côté de la salle des séances.

Les personnes qui désirent adhérer encore au Congrès sont priées de s'adresser le plus tôt possible au secrétaire du comité d'organisation, M. J.-F.-L. Blankenberg, Damrak 74, Amsterdam. La cotisation est de 20 fr. ; tous les membres recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

Un accident à l'hôpital Beaujon

Une plainte a été déposée au parquet contre un chirurgien de l'hôpital Beaujon à la suite du décès d'une femme qui serait morte après une opération pratiquée sur le pied. L'anesthésie par injection cocaïnique dans le canal médullaire aurait été pratiquée avant l'opération. Voici les détails que le Directeur de l'hôpital interviewé a donnés à plusieurs journaux parisiens :

— Le 2 août, Mme Blanchard, qui, vous le savez, était tombée d'un manège de chevaux de bois et s'était blessée à la cheville gauche, fut amenée à l'hôpital, où son état parut d'abord satisfaisant et sa blessure sans gravité. Du 2 au 4, la fièvre se déclara et ne fit qu'augmenter. Inquiet de cet état de choses, le docteur Lyot se résolut à une opération. Le 6, il fit à la malade une injection de cocaïne, procédé qui procure une insensibilisation locale et non pas générale, comme le chloroforme. Il pratiqua une large incision, désinfecta la plaie et fit un nouveau pansement identique à ceux appliqués à Mme Blanchard depuis son entrée à l'hôpital. Le 7, alors que les effets de la cocaïne étaient depuis longtemps disparus, la malade succomba. Son décès est attribué à l'infection de la plaie, profonde quoi qu'on en ait dit.

D'après ces renseignements, la cocaïne ne paraît guère entrer en cause dans le décès de l'opérée et tout donne à penser que ce malheur ne doit avoir aucune suite judiciaire.

Exercice illégal de la médecine par un médecin étranger

A la requête du parquet, des poursuites pour exercice illégal de la médecine viennent d'être dirigées contre M. St..., directeur d'un institut médical, 10, rue du Havre. M. St..., qui a été interrogé hier par M. Baffrey, juge d'instruction, se prétend docteur en médecine d'une faculté allemande et affirme que, d'ailleurs, il n'a jamais exercé la médecine en France sans l'assistance du docteur C..., médecin français.

Le magistrat a néanmoins maintenu l'inculpation du parquet : le diplôme étranger, en vertu de la loi du 30 novembre 1892, ne donne en effet la faculté d'exercer la médecine en France que s'il est validé par une faculté française, ce qui n'est pas le cas pour M. St... M. Baffrey va convoquer un certain nombre de clients de la clinique de la rue du Havre, afin de savoir si les soins et les consultations leur étaient donnés par le docteur C... ou par M. St... seulement.

Ce dernier a choisi Me Couderc pour avocat. (*Le Matin.*)

Les Moustiques au Conseil d'hygiène

Le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a émis, à propos des moustiques, les conclusions suivantes :

1° Surveiller les divers réseaux d'égouts et spécialement les bouches d'égout sous trottoir, ainsi que les canalisations privées, dont l'entretien laisse souvent à désirer, y éviter toute stagnation d'eau, inspecter chaque semaine leurs parois et détruire tout amas d'insectes soit par flambage à la torche, soit par badigeonnage à la chaux ; 2° maintenir en parfait état de propreté les abords des fosses et cabinets d'aisance ; ne jamais y laisser le moindre essaim d'insectes, quels qu'ils soient ; 3° éviter toute stagnation d'eau, toute mare, etc., dans les jardins et cours. Cette prescription sera surtout observée dans les agglomérations ; 4° les fontaines, bassins, etc., des promenades publiques devront être vidés et nettoyés au moins une fois par semaine. Dans les pièces d'eau de grande surface, les lacs, etc., on devra entretenir de nombreux poissons ; 5° pour les bassins, tonneaux, etc., situés dans les propriétés privées et dans les quartiers infestés, on se trouvera bien de disposer à la surface de l'eau une couche de pétrole, ou, s'il s'agit d'une pièce d'eau servant à la boisson, une couche d'huile alimentaire ; 6° dans les quartiers infestés, l'usage de la moustiquaire peut être recommandé aux habitants ; 7° sur les piqûres de moustiques, appliquer une goutte de teinture d'iode ou une goutte de gaïacol au centième.

Ces conclusions ont été admises sans opposition par le Conseil.

La protection des femmes indigènes à la Côte d'Ivoire.

Le gouverneur vient, par une circulaire adressée aux administrateurs placés sous ses ordres, d'appeler l'attention de ces fonctionnaires sur les multiples raisons qu'il y a à ne pas laisser dégénérer en abus les usages locaux qui astreignent les femmes au métier de porteur « Lorsqu'il s'agira de femmes nourrissant encore leurs enfants, dit le gouverneur, ou dans un état de grossesse apparent, vous devrez interdire d'une façon absolue qu'elles soient employées aux durs travaux du portage, et ce, qu'il s'agisse de caravanes formées pour l'administration ou de porteurs recrutés pour le compte de particuliers. » Cette mesure, empreinte avec raison d'un humanitarisme tempéré, puisqu'en dehors des cas précités on respectera les usages locaux, pourra avoir d'heureuses conséquences à l'égard du développement de la population. (*Débats.*)

Nouvelle Académie de médecine.

Le nouvel hôtel de l'Académie de médecine, rue Bonaparte, est terminé, au moins dans sa partie extérieure. Les ouvriers achèvent d'enlever les échafaudages qui cachaient le monument au fronton duquel on peut lire dès maintenant l'inscription en lettres d'or : « Académie de médecine ». L'hôtel ne sera pourtant pas disponible avant la fin de l'année, et les académiciens ne peuvent guère songer à abandonner avant le commencement de 1902 la vieille chapelle de la rue des Saints-Pères. Que fera-t-on de cette chapelle ? Quelques-uns de nos confrères avaient pensé qu'elle serait probablement démolie. Mais, nous dit-on à l'Académie, il est beaucoup plus vraisemblable que ce vieux bâtiment. encore très solide, sera rattaché à l'hôpital de la Charité. Celui-ci est très à l'étroit, beaucoup de ses services se gênent réciproquement, sa lingerie est installée dans les greniers. Il a donc besoin de s'agrandir. Les bâtiments que nous abandonnons, et qui font corps avec l'hôpital, sont tout indiqués pour recevoir, sinon les malades, au moins les services auxiliaires de la Charité. Le dernier mot est au Conseil municipal. (*Echo de Paris.*)

Les moules toxiques.

Tout le monde connaît et beaucoup de personnes ont éprouvé les accidents produits par l'ingestion des moules : phénomènes congestifs intenses, éruptions cutanées, parfois même troubles paralytiques ; pour le moins, une indigestion très dramatique. La cause de ces accidents est parfaitement connue : c'est l'absorption d'une toxine élaborée dans le foie des moules — la mytilotoxine — sous l'influence d'une maladie épidémique dont sont assez fréquemment atteints ces mollusques. Ce poison a été découvert et isolé, il y a quelque vingt ans, par un chimiste allemand, Brieger, et, depuis, il a été l'objet d'études spéciales de la part de M. A. Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et de M. Salkowski, de l'Institut pathologique de Berlin. Ce qu'il importe de retenir de ces études, au point de vue pratique, c'est que la mytilotoxine, très toxique, puisqu'il suffit de moins de dix foies de moules malades pour empoisonner un homme, devient rapidement inoffensif à chaud, en présence d'un alcali ou d'un acide. Comme tous les alcaloïdes du groupe dont elle fait partie, cette toxine est, en effet, dans ces conditions, complètement dissociée. Il suffit donc, pour prévenir toute intoxication alimentaire, d'ajouter à l'eau dans laquelle on fait cuire les moules soit du carbonate de soude, soit du vinaigre fort, 3 à 4 grammes du premier, ou 3 à 4 cuillerées à bouche du second, par litre d'eau. (*L'Illustration*).

L'assistance aux convalescents.

On étudie sérieusement, dans les bureaux de M. Mourier, la question de l'assistance des convalescents, non pas dans les asiles spéciaux, mais dans les familles. Naturellement, ces familles seraient choisies dans les campagnes les plus salubres. Elles présenteraient toutes garanties d'honnêteté. Déjà, le même principe semble prévaloir dans l'organisation de l'assistance à domicile. D'un autre côté, les excellents résultats obtenus dans la colonie familiale de Dun-sur-Auron ont paru concluants au conseil supérieur de l'Assistance publique. Tout porte donc à croire que le traitement des convalescents sera prochainement essayé sur cette base nouvelle. On trouvera certainement un avantage moral et une économie matérielle considérable à ménager aux malheureux, à leur sortie des hôpitaux, des foyers champêtres où ils pourront achever leur rétablissement et goûter les consolations de la vie familiale. (*Journal.*)

Les rats à Capetown.

S'il restait encore le moindre doute sur la propagation de la peste par les rats ou plutôt par les puces qui vivent sur ces rongeurs, les constatations faites récemment à Capetown les lèveraient. Capetown, où, comme on le sait, la peste sévit depuis trois mois avec intensité, est, nous disent les dépêches, tout simplement envahie par les rats qui répandent le fléau dans tous ses quartiers.

Nous avons des millions de rats ici, télégraphie un correspondant, et il n'y a presque pas une maison de la ville qui n'en soit infectée. *Government House*, le palais du gouverneur lui-même, en est rempli ; tous les planchers ont dû être levés et on a cimenté le sol de toutes les chambres. C'est, d'ailleurs, ce que l'on fait actuellement aussi bien dans les bâtiments publics que dans les maisons particulières. Des rats morts de la peste ont été trouvés sous les planchers de la cour suprême de justice, dans la trésorerie, dans le bureau affecté « au service de la peste ».

Il n'est pas surprenant, quand on lève le plancher d'une chambre dans une maison d'habitation, d'y trouver 30 à 40 cadavres de rats. Les rongeurs infectent les hôpitaux. Des chats et des furets ont été apportés d'Angleterre, mais beaucoup sont morts eux-mêmes de la peste, si bien que les autorités commencent à désespérer. Poursuivis, en effet, dans la ville basse où on en a fait un massacre énorme, les rats ont émigré dans la ville haute et ont fait leur apparition dans les meilleurs quartiers de la ville. On ne sait comment s'en débarrasser.

Gageons que l'Anglo-Saxon, pratique, trouvera un moyen d'utiliser les rats. En Australie, où le lapin devint il y a quelques années une véritable calamité publique, il est maintenant devenu une grande richesse. On l'exporte par millions soit en Europe, soit aux États-Unis ; on fait un trafic considérable de sa peau. N'y aurait-il pas moyen de faire avec la fourrure des rats, préalablement désinfectée, des chapeaux de soie, des manchons ou des manteaux ? Avis aux fourreurs de Capetown... s'il y en a. (*Echo de Paris.*)

FORMULES

XI. — Contre l'asthme.

Décoction de polygala	100 gr.
Teinture de lobelie	āā 25 gr.
— d'opium camphré	āā 25 gr.
Iodure de potassium	8 gr.

Deux cuill. à soupe par jour. (Elixir de Green.)

XII. — Contre les engelures.

1° Sous-acétate de plomb	2 grammes.
Acide phénique	50 centigr.
Oxyde de zinc	15 grammes.
Vaseline	āā 20 grammes.
Lanoline	āā 20 grammes.
2° Sous-acétate de plomb	2 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	6 —
Vaseline	āā 12 —
Lanoline	āā 12 —

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 25 août au samedi 31 août 1901, les naissances ont été au nombre de 1,038 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 409, illégitimes 140. Total 549. — *Sexe féminin* : légitimes, 351, illégitimes, 138. Total, 489.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 25 août au samedi 31 août 1901, les décès ont été au nombre de 844, savoir : 463 hommes et 381 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 6 F. 3. T. 9. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 2, F. 2, T. 4. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 5. T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 4, F. 4, T. 8. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 0, T. 2. — Tuberculose des poumons : M. 132, F. 86, T. 218. — Tuberculose des méninges : M. 3. F. 8, T. 11. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 7, T. 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 28, F. 22, T. 50. — Méningite simple : M. 8, F. 13, T. 21.— Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 12, F. 22, T. 34. — Maladies organiques du cœur : M. 24. F. 27, T. 51. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 2, T. 7. — Bronchite chronique : M. 1, F. 5, T. 6. — Pneumonie : M. 10, F. 6, T. 16. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 29, F. 26, T. 55. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 3, F. 2, T. 5 ; autre alimentation : M. 48, F. 31, T. 79.— Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 5, F. 8, T. 13 — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 1, T. 4. — Cirrhose du foie : M. 8, F. 2, T. 10.— Néphrite et mal de Bright : M. 9, F. 6, T. 15. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 5, T. 5.— Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F, 0, T. 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10, F. 12. T. 22. — Débilité sénile : M. 9, F. 21, T. 30.— Morts violentes : M. 20, F. 12, T. 32. — Suicides : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres maladies : M. 58. F. 38, T. 96. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 43, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 16, illégitimes, 9. Total : 25. — *Sexe féminin* : légitimes, 13, illégitimes, 5. — Total : 18.

Guérie par la foudre. — Les journaux autrichiens racontent que la femme d'un paysan de Nemet-Saroslak, en Carinthie, alitée depuis dix ans par suite d'une paralysie, eut une telle frayeur en voyant la foudre pénétrer dans sa chambre, qu'elle se leva et se sauva. Elle était guérie par la violence même de l'émotion ressentie. L'éclair avait rompu un mur au-dessous d'une image de la Vierge, et, après avoir emporté un fragment du miroir, était ressorti par la fenêtre. Les villageois de la contrée viennent depuis lors en pèlerinage à Nemet-Saroslak ; ils croient à une intervention divine. (*Le Journal.*)

La nouvelle Sorbonne. — M. Nénot a enfin terminé l'œuvre si considérable qu'il avait entreprise. La nouvelle Sorbonne est complètement achevée, y compris la vaste bibliothèque pouvant contenir neuf cent mille volumes. Il n'a pas fallu moins de douze années pour mener la construction de ce grand établissement à son terme. Plusieurs avis ont été exprimés touchant la date de l'inauguration. Quelques érudits universitaires voudraient qu'elle coïncidât avec le 700e anniversaire de la naissance du fondateur de la Sorbonne, Robert de Sorbon, qui se présente le 9 octobre. Cette date, pour diverses raisons, n'a pas encore été adopée, et il paraît probable que l'inauguration définitive de la nouvelle Sorbonne sera de nouveau reculée. (*Le Journal.*)

Les habitations a bon marché. — La question des logements à bon marché est à l'ordre du jour de tous les Congrès européens. Les organisateurs de l'Exposition de Glasgow convoquent les municipalités, les Sociétés et les économistes du monde entier qui s'occupent de l'habitation des pauvres a un Congrès spécial qui traitera de tous les éléments de cette importante question. Il faut dire que la ville de Glasgow a tous les titres à provoquer cette consultation. Elle a pris l'initiative de construire sept maisons à bon marché, six pour les hommes et une pour les femmes, et elle les gère elle-même. Ajoutons que ces maisons sont meublées.

Un homme gras. — Le président des Hommes gras de Jersey-City-Heights, Erastus Lewis, vient de mourir. Il avait pesé, avant de tomber malade, cinq cent vingt livres et pesait encore, au moment de son décès, le poids respectable de 440 ! Aucun des cercueils en magasin dans les pompes funèbres, n'étant capable de recevoir sa dépouille, l'entrepreneur dut en commander un tout exprès de 7 pieds 3 pouces de long sur 3 de large, à la confection duquel les ouvriers travaillèrent deux jours sans désemparer. Comme la porte d'entrée de la maison mortuaire se trouvait trop étroite pour laisser passer cette énorme charpente, l'on fut obligé de faire sortir le cadavre et de l'ensevelir sur le trottoir. Enfin, deux terrains contigus durent être achetés au cimetière pour recevoir le cercueil, qui fut transporté sur un corbillard de dimension extraordinaire spécialement envoyé de New-York. Lewis, nous dit la chronique américaine, était âgé de 56 ans et dans sa jeunesse, était d'une corpulence ordinaire. Il n'a commencé à grossir d'une façon anormale qu'après la guerre de Sécession ! ! ! !... Sa femme, par contre, ne pesait que 99 livres. (*Echo de Paris.*)

La fièvre typhoïde a Besançon. — Notre demande d'enquête vient de donner un résultat. On nous assure que le ministre de la guerre vient de prescrire l'usage exclusif de l'eau d'Aglans dans les casernes de Besançon. L'enquête aurait donc établi que les eaux d'Arcier, qui alimentent une grande partie de la population civile, sont malsaines. Plus de cent cas de typhoïde existent et, jusqu'à présent aucune mesure d'hygiène n'a été prescrite par la municipalité ; *elle excuse son incurie par la perturbation que pourrait produire l'annonce du fléau*. Il nous semble que son devoir est de réunir la commission d'hygiène, chose qui n'a pas été faite, de faire des descentes dans les quartiers insalubres, ce qui ne manque pas à Besançon ; de faire prendre des mesures énergiques et de prévenir la population en lui indiquant les mesures d'hygiène préservatrices à prendre en pareil cas. (*Petite République.*)

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 38. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 21 SEPTEMBRE 1901

Le Progrès Médical

TECHNIQUE CHIRURGICALE

De la transposition extraséreuse du testicule.

Ses applications à l'hydrocèle et au varicocèle,

Par le Dr **L. LONGUET**

§ I. HISTORIQUE

Le 31 octobre 1900, j'ai fait connaître le procédé de *transposition extraséreuse* du testicule que j'ai étudié et appliqué depuis janvier 1898 à la cure des hydrocèles de la vaginale, des ectopies testiculaires, des kystes du cordon (1), après avoir abandonné partiellement l'*excision totale*, puis le *retournement* de la vaginale. Trois mois plus tard, Gambier (2), dans sa thèse, établissait les résultats éloignés donnés par cette opération, et consignait mes 21 premières observations auxquelles il avait à ajouter 3 observations de Quenu. Plus récemment Dudley Tait (3), de San Francisco, a expérimenté ma technique, et l'a fait connaître aux Etats-Unis. Actuellement, je suis en possession d'une nouvelle série d'opérations, qui porte ma pratique à 56 cas de transposition extraséreuse du testicule dont 50 pour hydrocèle et hématocèle ; 3 pour ectopie testiculaire ; 3 pour varicocèle. Les 3 premières transpositions extraséreuses du testicule pour varicocèle ont été faites par moi, le 2 juillet, le 14 août, et le 28 août 1901. Toutes ces opérations ont été réalisées d'après une même méthode. Une expérience plus vaste suggère toujours quelques réflexions et fait naître de minimes perfectionnements. Ce sont ces retouches que j'ai à exposer dans le présent mémoire, en les complétant par des démonstrations photographiques qui éclairciront beaucoup la description du manuel opératoire que j'ai réglé et arrêté.

(1) L. LONGUET. — De la cure radicale de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale. Nouveau procédé. *Presse médicale*, 31 octobre 1900.

(2) GAMBIER. — De la cure radicale de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale. *Thèse de Paris*, janvier 1901.

(3) DUDLEY-TAIT. — Eversion de la tunique vaginale. *Annales of surgery*, avril 1901.

En fait de modification, j'ai complètement renoncé au « retournement et excision combinés » de la vaginale pour hydrocèles énormes. La pratique apprend en effet qu'ici, comme pour tous les autres cas, la seule transposition testiculaire, sans la moindre excision peut suffire si volumineux que soit le kyste vaginal. Dans ces grosses poches, la séreuse est distendue à l'excès et dès qu'elle est vide du contenu liquide qui s'y trouve sous pression, elle revient à des dimensions très réduites du fait seul de son élasticité. En sorte qu'il n'y a pas à se préoccuper de l'excédent, et qu'au besoin, un moyen plus simple encore que l'excision est à notre disposition, c'est la confection d'une *plicature* de la séreuse par surjets, comme je l'ai faite une fois.

Ces hydrocèles géantes ne méritant plus d'être mises à part, (1) voici temps par temps l'exposé de ma technique actuelle qui convient à tous les cas. On sait que dans ses grandes lignes, elle consiste 1° dans la *transposition* du testicule hors de sa séreuse et de sa loge normale ; 2° dans l'utilisation de cette séreuse pour l'*engainement* du cordon, de sorte que la vaginale, de péritesticulaire, devient périfuniculaire ; 3° dans l'*absence d'hémostase* rendue possible par l'absence de toute décortication sous-séreuse. Tels sont les trois éléments qui caractérisent et individualisent ma méthode. Celle-ci comporte au moins 5 *procédés*, que j'ai expérimentés. Ce sont : le procédé de la transposition *interne*, — de la transposition *haute*, — de la transposition *basse*, — de la tranposition *externe*, — enfin de la transposition *transseptale*. Ces 3 derniers sont d'application plutôt exceptionnelle. Je prends comme type de description le procédé de transposition interne qui est le meilleur pour hydrocèle.

(1) *Nota* : La plus volumineuse hydrocèle que j'ai opérée par ma méthode, le 2 août 1901, mesurait 22 centimètres de longueur, 12 centimètres de largeur, 12 centimètres d'épaisseur. Elle atteignait presque les dimensions d'une tête d'adulte. La durée de l'opération par le procédé qui sera décrit plus bas fut de 4 minutes : les suites immédiates furent signalées par une infiltration séreuse pendant 4 ou 5 jours, mais la guérison se fit aussi simplement que possible. Le malade fut anesthésié à la cocaïne, en sorte que le lendemain, il venait sans gêne ni douleur, se présenter à moi.

§ II. TECHNIQUE

α) **Préliminaires**. Au point de vue de l'*anesthésie*, l'intervention s'exécute sous l'*anesthésie générale*, s'il s'agit de sujets pusillanimes, ou si l'opérateur, encore insuffisamment familiarisé avec la technique, doit prendre tout son temps. Dans le cas contraire, l'*anesthésie locale* à la cocaïne est très satisfaisante. Pour ma part, ayant le manuel opératoire assez bien en main pour ne pas dépasser une durée de 2 à 4 minutes, je viens d'expérimenter l'anesthésie locale dans une série de 25 cas consécutifs. Dans quelques-uns seulement, la sortie du testicule a été douloureuse et a provoqué des élancements le long du cordon, jusque dans les lombes. Mais, par contre, l'avantage considérable très apprécié des malades fut que, deux heures après, les opérés rentraient chez eux ; toute espèce de sensibilité douloureuse ayant disparu le testicule une fois réintégré dans le scrotum. Enfin l'*absence d'anesthésie* n'est de mise que pour les sujets à sensibilité émoussée, comme cela existe chez les vieillards et certains alcooliques. Trois fois, j'ai procédé ainsi, et les opérés ont manifesté une indifférence remarquable à l'acte sanglant. En somme l'anesthésie locale à la cocaïne appliquée selon les règles de Reclus est, je crois, la meilleure pour la très grande majorité des cas.

L'instrumentation est extrêmement simple. Il faut 6 instruments qu'on peut réduire à 5. En effet le sixième est une pince hémostatique de prévoyance, pour le cas où une petite artériole saignerait en jet. Or, cette éventualité s'est présentée à moi 3 fois sur 56. J'ai pincé, puis tordu, mais j'aurais pu m'abstenir de le faire puisque deux surjets, l'un vaginal, l'autre cutané, sont, dans ce manuel, destinés à assurer sans pince et consécutivement, l'assèchement des deux seules incisions pratiquées. Actuellement je ne pincerais rien même en pareil cas.

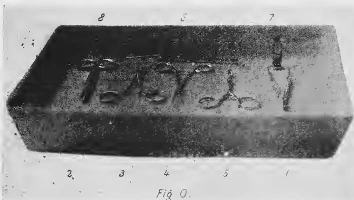


Fig. 26

Explication de la figure 26. — Dispositif instrumental. — 1° Pince à griffe. — 2° Ciseaux. — 3° Pince de mon modèle. — 4° (id). — 5° Pince hémostatique. — 6° Aiguille de Reverdin. — 7° Le fil de catgut. — 8° Le crin. (Longuet).

Ces 6 instruments sont : 1° une pince à griffe ordinaire ; 2° une paire de ciseaux ; 3° et 4° deux pinces courtes à 10 dents de mon modèle, dont le rôle est ici capital ; 5° une aiguille de Reverdin droite, petit modèle pour faire bien, grand modèle au besoin, et à leur défaut 2 aiguilles de couturière, préalablement enfilées l'une avec un crin de Florence, l'autre avec un catgut ou une soie ; 6° la pince hémostatique de prévoyance, si l'on tient à se conformer aux habitudes classiques.

En outre, il convient de préparer deux fils ; l'un est un crin de Florence, l'autre un catgut ou une soie, tous deux longs de 20 à 25 centimètres. Ils doivent être bien stérilisés, quoique l'un seulement soit destiné à rester à demeure, c'est le catgut ou la soie du surjet vaginal. Le fil d'Alsace stérilisé, suivant la pratique de Quénu, peut être utilisé pour les 2 surjets, auquel cas point n'est besoin de crin. A ce matériel ajoutez une seringue de Pravaz, une aiguille et une solution de cocaïne stérilisée en cas d'anesthésie locale.

γ **Procédé de la transposition interne :**

1er Temps. — *La vaginotomie évacuatrice.* — *L'incision cutanée prétesticulaire* n'est longue que de 4 à 5 centimètres, quel que soit le volume de l'hydrocèle ; elle a en effet pour but de livrer passage *au seul testicule* après évacuation préalable du liquide. Voici comment je réalise cette incision : un pli cutané transversal est formé, puis fixé d'un côté par l'aide, de l'autre par l'opérateur à l'aide des pinces à griffes. Au milieu, juste sur la raie d'anesthésie, un seul coup de *ciseau*, donné bien perpendiculairement, amorce l'incision sans une seule goutte de sang. Le pli étant effacé, si l'incision est de trop minime dimension, elle est agrandie en glissant l'une des lames des ciseaux horizontalement par en haut ou par en bas au-dessous de la peau de manière à n'inciser que cette peau seulement.



Fig. 27.

Explication de la figure 27. — L'incision cutanée du pli transversal prétesticulaire. — 1er coup de ciseau. (Longuet.)

Puis vers la partie moyenne de la plaie, pince à griffe et ciseaux commencent à soulever et couper successivement une série de petits plis, jusqu'à ce qu'un pli de la vaginale, hernié et pincé comme la peau, se trouve sectionné. A ce moment, le liquide jaillit sous forme d'un mince filet qu'on dirige vers un récipient préalablement placé entre les cuisses de l'opéré. Pendant cette évacuation, une pince à 10 dents est placée sur chaque lèvre de l'incision vaginale comme repère et les plans celluleux prévaginaux sont refoulés en haut et en bas, avec la pointe des ciseaux fermés, sur une étendue qui égale celle de l'incision cutanée, mais sans rien couper afin d'éviter tout écoulement sanguin.

Pour transformer maintenant la boutonnière vaginale en une *incision* vaginale de même longueur que la plaie cutanée, c'est-à-dire de 4 à 5 centimètres, il suffit d'inciser la séreuse aux ciseaux en évitant et en côtoyant les fins vaisseaux qui, parfois, cheminent en serpentant sur la surface externe de cette tunique. Au cas où le malade est endormi, on peut procéder à l'agrandissement vaginal par divulsion digitale, ce qui donne une tranche vaginale encore plus exsangue que celle obtenue par la section au ciseau. En résumé, ce temps d'ouverture de la vaginale aux ciseaux rappelle celui de l'ouverture du péritoine par soulèvement et section de plis successifs de prudence destinés à éviter la blessure de l'intestin dans toute laparotomie.

IIe Temps. — *L'engainement séreux du cordon après luxation temporaire du testicule.* — La luxation du testicule se fait différemment selon que le malade est endormi ou non. Dans le premier cas, le testicule est tout simplement pris avec les doigts au fond du scrotum, puis extériorisé. Mais en cas d'anesthésie locale, il faut beaucoup plus de ménagement, et j'évite tout contact et toute prise digitale du testicule en refoulant et en glissant cet organe d'arrière en avant par pression médiate à travers les téguments scrotaux postérieurs.

Pendant cette manœuvre de luxation du testicule, qui doit être aussi complète que possible, la séreuse et toutes les enveloppes sous-jacentes, sauf la peau, s'ouvrent, s'étalent, puis se rapprochent derrière le cordon qu'elles tendent à engainer. Afin que l'engainement soit de *hauteur* suffisante, il suffit de faire une prise avec l'une de



Fig. 28.

Explication de la figure 28.— La luxation et la fixation du testicule — Attitude de la main de l'aide et de la pince fixatrice pendant la luxation temporaire du testicule. La prise est faite par la pince plantée à la commissure juxta-testiculaire de l'incision vaginale. Cette tranche vaginale devient très nette, c'est sur elle que doit porter le surjet d'engainement du cordon. Le surjet est commencé soit en bas, soit en haut, il rapproche derrière le cordon les lèvres de la boutonnière vaginale. (Longuet)

mes pinces (1) au niveau de la *commissure juxta-testiculaire* de l'incision vaginale, sans s'occuper du testicule, qui pend librement vers le pubis. Afin que cet engainement soit régulièrement *calibré*, il convient de récliner les tissus celluleux avec l'index promené de haut en bas dans la fossette retro-vaginale que délimitent les deux lèvres de la vaginale fortement tendues verticament derrière le cordon. Ce même déblaiement peut aussi être obtenu avec une pince.

L'engainement du cordon. par une bague séreuse dont la surface sécrétante est tournée vers l'extérieur, est rendu définitif par une suture. J'avais tout d'abord eu recours à un *point en bourse* qui m'avait paru commode pour fixer un retournement de la vaginale. Ce point charge dans sa demi-circonférence inférieure les tissus celluleux postérieurs du cordon, et dans sa demi-circonférence supérieure, toute la tranche de la séreuse voisine de la pince. Cette manœuvre est très expéditive et presque instantanée ; elle est utile chez un sujet fort sensible ou mal anesthésié, mais si elle convient pour la méthode *du retournement* de la vaginale, elle est absolument défectueuse pour la méthode de la *transposition engainante*, parce qu'elle n'engaine rien. Voici comment je procède : un *surjet* commence en bas, au ras du cordon, monte progressivement sur les deux lèvres vaginales qu'il rapproche, et se termine au voisinage de la pince fixatrice ou bien inversement il est conduit de haut en bas. Lorsqu'il est achevé, la fosse prismatique et triangulaire à base inférieure juxta-testiculaire, que délimitaient les lèvres de la vaginale, disparaît complètement et l'on n'aperçoit plus qu'une fine suture continue verticale postérieure, sur le cordon complètement engainé, sans la moindre striction. Cette suture n'intéresse donc que les deux tiers supérieurs environ des lèvres vaginales, le reste de ces lèvres laissé libre passe en écharpe sur toute la circonférence du cordon. Si le surjet était continué sur toute la longueur des lèvres, il affecterait une forme en raquette avec anneau périfuniculaire et manche vertical postérieur. Mais, il n'est généralement pas utile de poursuivre aussi loin la fixation de la gaine, au moins en cas d'hydrocèle. Indépendamment de son rôle fixateur de l'engainement, le surjet a un but hémostatique, puisqu'il empêche tout écoulement sanguin provenant de la tranche vaginale dont il maintient les lèvres saignantes étroitement accolées.



Fig. 29.

Explication de la figure 29. — Le surjet vaginal est terminé ; on ne voit qu'une suture rétro-funiculaire médiane postérieure. (Longuet).

(1) L'une de celles qui avaient servi à répérer la lèvre vaginale et qu'on peut retirer maintenant.

III[e] Temps. — *Transposition du testicule et suture cutanée.* — Pour réintégrer le testicule et le cordon engainé qui lui fait suite, il faut leur créer une *loge* cellulaire de dimension juste suffisante pour les contenir. Or, il n'existe jusqu'ici aucun espace disponible puisque toute décortication a été systématiquement évitée. A cet effet, on pratique un décollement sous la lèvre interne de la plaie cutanée, maintenue tendue à l'aide de deux de mes pinces. Ce décollement est poussé jusqu'au milieu de la cloison, à l'aide des deux index introduits dos à dos, puis écartés, comme dans le deuxième temps de l'hystérectomie vaginale (séparation de la vessie). Ce décollement est toujours très facile, et ne donne pas une goutte de sang ; il y a là un clivage tout préparé d'avance qu'on rend réel, de virtuel qu'il était.



Fig. 30.

Explication de la figure 30. *Le creusement de la loge.* — La lèvre interne de l'incision cutanée est fixée et tendue par mes deux pinces; les deux index, insinués profondément sous la lèvre interne de l'incision cutanée, creusent la loge de réception en s'avançant jusqu'au milieu de la cloison. (Longuet.)

Pour transposer le testicule suivi de l'origine du cordon dans cette néocavité, il suffit de l'y glisser, pôle inférieur en premier en le maniant doucement par le cordon et en pressant d'avant en arrière pendant que les doigts ramènent au-dessus de lui les lèvres cutanées. De cette manœuvre, résulte que la glande n'est pas remise dans sa loge première, mais en dedans et à côté de celle-ci, parallèlement à elle. Ce testicule n'est plus en antéversion, mais en rétroversion après rotation d'un quart de cercle en dedans, et léger enroulement du cordon sur son axe. Ainsi, le testicule transplanté se trouve tout contre la cloison, qui lui sert de protection sur son flanc interne. La boutonnière vaginale suturée, assure la protection en avant, et forme un mésotestis antérieur.



Fig. 31.

Explication de la figure 31. — *La transposition du testicule dans sa loge nouvelle.* — Cette figure montre comment on place le testicule dans sa néocavité, pôle inférieur en premier. Ce testicule est manœuvré par le cordon, mais il n'est ni touché ni comprimé par les doigts. (Longuet.)

La *suture cutanée*, comme la suture vaginale, est assurée par un seul fil en surjet au crin de Florence. Pour cela, les lèvres en sont tendues et fixées par l'application aux deux commissures des deux pinces qui, toujours les mêmes, servent successivement à toutes les manœuvres. L'aide écarte ces deux pinces l'une de l'autre, avec une forte tension. Le surjet doit être serré, puisqu'il a, comme le surjet vaginal, le rôle d'hémostasier les lèvres à peine saignantes de la peau. Contrairement à ceux des autres régions, les téguments très souples du scrotum se prêtent bien à un surjet cutané.



Fig. 32.

Explication de la figure 32. — *La suture cutanée.* — Cette figure montre la disposition la plus favorable pour le surjet cutané : et le mode d'éversion et d'affrontement des lèvres scrotales par l'application bicommissurale des pinces (1). (Longuet.)

Ainsi conduite, l'opération est d'une simplicité extrême. Tout est réglé en vue de la simplification. A cet effet, il n'a été pratiqué aucune décortication, d'où la possibilité d'éviter toute hémostase préventive, par pinces et ligatures ; les seules incisions sont au nombre de deux, et le surjet qui les suture, assure consécutivement leur hémostase. La durée de l'opération, avec un peu d'habitude, peut ne pas dépasser deux minutes ; rien en effet n'est imprévu, tout est réglé et fixé d'avance. Les *suites immédiates* sont tellement insignifiantes que si le malade a été anesthésié localement, il rentre chez lui quelques heures après ; ne ressentant aucune douleur. Toute sensibilité disparait dès que le testicule est réintégré dans les bourses. Il est prudent cependant que la fin

(1) *Nota.* — Ces pinces ont été construites chez Collin, elles ont été decrites dans le *Progrès médical*, 1899.

de la journée opératoire soit passée au lit. Le lendemain, l'opéré se présente à nous, afin de nous montrer que tout est bien, qu'il n'y a aucune complication, aucune infiltration sanguine. Si nous profitons de sa visite pour presser sur la glande, on constate que celle-ci n'est nullement douloureuse et offre sa sensibilité normale. Le surlendemain, le surjet cutané est enlevé, c'est à dire 48 heures après l'opération. Plus tard, cette ablation devient difficile, car le fil cutané s'enfouit sous les téguments. Afin de faciliter cette ablation du fil, j'ai tout récemment réalisé le surjet cutané de telle manière que chaque anse, serre en même temps que la peau un crin de Florence marginal, libre, placé horizontalement en bordure de l'incision cutanée. Cette disposition empêche l'enfouissement irrégulier du surjet, et rend très facile l'ablation de ce surjet. Il suffit de couper chaque anse, le long du fil marginal suivi comme conducteur.

§ III. INDICATIONS

J'ai appliqué ma méthode de transposition extraséreuse du testicule dans les cas les plus divers. *A*. Ce fut d'abord (1898) dans les *hydrocèles* et les *hématocèles* de toutes formes et de toutes dimensions. Ici, l'indication est suffisamment nette pour que la présente opération mérite d'être considérée actuellement comme le traitement de choix de ces affections ; réserve faite pour quelques cas qui ressortissent à la castration.

B. En 1899, j'ai expérimenté ce mode thérapeutique dans les *ectopies testiculaires* avec hernie (3 cas), à titre d'orchidopexie par le procédé de la transposition *basse*. Or, dans les 3 cas où je suis intervenu, il y avait brièveté congénitale du cordon, et le bénéfice a été le même que celui de tous les autres procédés, c'est-à-dire qu'il a été nul. En sorte que, de ce côté, les indications paraissent devoir rester très restreintes.

C. Par contre, en 1901 (2 juillet, 14 août, 28 août), j'ai été plus heureux en cherchant dans le *varicocèle*, une application nouvelle de la méthode et en réalisant le procédé de transposition *haute*. Déjà, j'avais remarqué chez mes opérés d'hydrocèle, revus à longue distance, une *fixation* du testicule par suite de la création d'un mésotestis antérieur artificiel ; et cette suspension m'a paru assez solide pour éviter le port d'un suspensoir après l'opération dans les cas de volumineuses hydrocèles ou les tuniques des bourses distendues à l'excès restent exubérantes. De son côté, Dudley Tait fit la même remarque sur le premier de ses opérés par ma méthode, et m'en signala le résultat. C'est alors que je songeai immédiatement à remédier aux ptoses du testicule par cette technique, et c'est ce qui fut fait dans les 3 observations qui suivent. Or, je suis maintenant fixé sur ce point de thérapeutique très intéressant. Pour moi, la transposition extraséreuse du testicule est actuellement l'*opération de choix dans tous les varicocèles* justiciables d'une intervention sanglante. C'est qu'en effet, j'ai constaté qu'elle remédie à la fois aux deux éléments à corriger dans cette difformité : 1° contre l'élément *ptose testiculaire*, la transplantation extraséreuse du testicule, dont la résultante est la création d'un mésotestis antérieur, fixe l'organe en bonne situation ; 2° contre l'élément *variqueux*, l'engainement un peu serré du cordon par la séreuse forme un appareil de contention très efficace, et cette phlébopexie empêche l'ectasie veineuse. Le procédé opératoire n'est pas exactement le même pour varicocèle et pour hydrocèle. C'est ainsi que je fais l'incision cutanée très haut, sustesticulaire, afin de créer une loge également élevée pour la transplantation du testicule. D'autre part, la bague séreuse périfuniculaire doit être moyennement serrée. Enfin je suture transversalement l'incision cutanée longitudinale, ce qui ascensionne le scrotum par une véritable scrotopexie. Voici donc que la transposition extraséreuse du testicule, à titre d'opération *orchidopexique*, et *phlébopexique*, trouve une indication nouvelle. J'ajoute que sa simplicité idéale la désigne je crois, comme supérieure, aux autres interventions actuellement en usage dans le traitement du varicocèle.

§ IV. RÉSULTATS

L'extrême bénignité de cette méthode est évidente. Ses suites immédiates sont remarquablement simples. L'heure est venue d'établir maintenant sa valeur thérapeutique réelle, par l'étude de ses résultats éloignés.

A. Pour les *hydrocèles* et *hématocèles*, Gambier (1900) a établi ces résultats d'après mes 25 premiers cas personnels. Ils sont excellents, puisque aucune récidive n'a été trouvée chez les 8 malades qui ont pu être suivis. Une thèse prochaine poursuivra ces recherches d'après ma première série de 50 interventions pour hydrocèles.

B. Pour *ectopies* testiculaires avec brièveté du cordon, j'ai dit déjà que, dans mes 3 cas, le bénéfice avait été nul. En cas de cordon suffisamment long, ils seront sans doute meilleurs.

C. Pour le *varicocèle*, mes trois premiers malades ont eu un résultat thérapeutique fort bon dès le 3e, le 2e et le 5e jour, après l'acte opératoire ; cessation de la douleur ; suppression immédiate de la ptose et de la tumeur variqueuse. Quant aux résultats éloignés, il serait actuellement prématuré de les établir : mon premier cas pour varicocèle ne datant encore que de deux mois. Mais j'ai tout lieu d'espérer, d'après ce que j'ai vu pour l'hydrocèle, qu'avec ou sans modification de la technique, ils seront favorables, durables et définitifs. Je donne ici et à titre documentaire la relation résumée de mes trois premières transpositions extraséreuses du testicule pour varicocèle.

Observation I.

Varicocèle bilatéral avec prédominance à gauche. — Orchidopexie et phlébopexie réalisées par transposition testiculaire extraséreuse (côté gauche) (le 2 juillet 1901). *Résultat excellent.*

Le jeune malade dont il s'agit est un garçon de 18 ans, exerçant la profession de boulanger, qui se présente à nous parce qu'il souffre au niveau du testicule gauche et dans les reins. A première vue, il donne l'impression d'un sujet assez bien portant, mais grand, maigre, avec musculature insuffisante. Il a un pied plat du côté gauche, une légère tendance à la scoliose et un genu valgum, un ventre un peu bombé et ptosique, un cou allongé, des membres longs et grêles.

C'est depuis 6 mois environ qu'il a commencé à sentir une gêne, puis une sensibilité douloureuse au niveau du testicule gauche, plus marquée le soir que la nuit et le matin presque exclusivement localisée à gauche, bien qu'il y ait cependant un peu de gêne à droite. Aucune tuméfaction appréciable dans la région n'a jusqu'ici attiré l'attention du malade. Mais il souffre de plus en plus, et depuis quelques jours la douleur remonte le long du cordon qu'il nous indique du doigt, et jusque dans les lombes du côté gauche. En outre, l'exercice de sa profession devient un peu pénible, voilà pourquoi il vient consulter.

A l'*examen clinique*, nous sommes frappe par la situation très basse du testicule gauche. Le scrotum pédiculisé des-

cend presque jusqu'à mi-cuisse du côté gauche, et beaucoup moins bas du côté droit. Aucune fine veinule variqueuse ne se dessine sous les téguments. Au palper, les testicules sont normaux comme forme, volume, consistance, direction, sensibililité. Ils ne sont ni hypertrophiés, ni atrophiés. Rien d'anormal non plus du côté des annexes, épididymes, déférent, vaginale. Mais la région funiculaire, surtout celle de gauche, est occupée par une tuméfaction de forme pyramidale, à sommet supérieur remontant très haut dans le trajet inguinal, à base élargie inférieure confinant à l'épididyme. Cette tumeur est verticale dans sa direction, irrégulière dans sa surface, noueuse et bossselée, paraissant constituée par un feutrage de veines dilatées et serpentines, à limites assez nettement circonscrites au sein du tissu conjonctif ambiant. Lorsqu'on presse un peu, la sensation est mollasse, pâteuse, comparable à un paquet de ficelles avec petites indurations par endroits. La palpation à cet endroit n'est pas douloureuse. Si nous examinons le malade dans le décubitus dorsal, nous constatons que la tumeur diminue ou même disparaît. Après qu'elle est ainsi vidée, si nous faisons mettre le malade debout, pendant que la pression sur l'orifice inguinal externe maintient l'oblitération des veines à ce niveau, nous remarquons que cette tuméfaction se reproduit très lentement de bas en haut, et au contraire très brusquement de haut en bas, dès qu'on supprime la pression digitale. Au milieu de tous ces éléments, le canal déférent se distingue aisément à sa rectitude et à sa consistance ferme. Pas trace de hernie inguinale par l'exploration des trajets inguinaux : pas d'autre hernie. Pas de tumeur abdominale, rénale ou pelvienne appréciable.

L'examen de l'état général est négatif, notamment au point de vue de l'hystérie ou de la neurasthénie. Pas d'anesthésie pharyngée, pas de rétrécissement concentrique du champ visuel, pas d'hypéralgie. Aucune varice des membres inférieurs : pas d'hémorroïdes. Les antécédents familiaux du malade, comme ses antécédents propres, ne présentent aucune particularité qui mérite d'être mentionnée.

Le *diagnostic* est évident et ne peut être longtemps discuté. Il est certain qu'il ne s'agit pas là d'un abcès froid avec grumeaux : ni d'un lipome du cordon ; ni d'un kyste funiculaire : ni d'un épiplocèle : ni d'une déférentite avec périférentite. La sensation de paquet de ficelle et la réductibilité sont si nettes que, sans réserve, il faut dire : *varicocèle*. J'ajoute varicocèle *non compliqué* : parce qu'il n'y a pas de phlébite, ni d'atrophie testiculaire.

Au point de vue de la *forme*, ce n'est pas un varicocèle à forme exclusivement ptosique, c'est-à-dire consistant dans la seule chute du testicule, avec état variqueux absent : ce n'est pas davantage, une forme exclusivement variqueuse, puisque le scrotum est très long et très flasque. C'est une *forme mixte* où *ectasie veineuse et ptose* sont associées.

Jusqu'à présent, ce varicocèle n'est *douloureux* qu'à gauche, il est à craindre qu'il ne le devienne aussi à droite dans un avenir plus ou moins éloigné.

En ce qui concerne la *cause*, elle nous échappe totalement : j'ajoute qu'il n'y ni neurasthénie, ni hystérie. Par contre, les tissus fibreux semblent en infériorité, puisque nous relevons un très léger état scoliotique, un pied plat non douloureux, et une tendance au genu valgum. Il est très difficile de dire si ce varicocèle est anatomiquement localisé au groupe veineux postérieur, moyen ou antérieur. Cliniquement, toutes les veines paraissent dilatées, et principalement les antérieures.

Comme *traitement*, nous exposons au malade les avantages du seul suspensoir ou de la cure chirurgicale. C'est celle-ci qu'il accepte, et à laquelle nous souscrivons d'autant que les douleurs sont très vives, et qu'aucune contre-indication ne ressort de l'état général.

Opération le 2 juillet 1901. — Anesthésie locale à la cocaïne. Incision *sustesticulaire* aux ciseaux, jusqu'à la vaginale comprise, sans décortication préalable. Luxation temporaire du testicule. Engainement séreux ascendant du cordon, et fixation de cet engainement par un surjet vertical postérieur au catgut. Ici le surjet a été fait par des points de Lembert, et suffisamment serré pour que tout le manchon veineux dilaté soit efficacement maintenu par une sorte de bague vaginale compressive. Enfin il a été continué verticalement sur la fibreuse commune jusqu'au voisinage de l'orifice externe du canal inguinal. Création d'une loge juxta-septale avec le doigt. Transposition du testicule dans cette loge d'où résulte une rétroversion du testicule avec création du mésotestis antérieur. Sutures cutanées par un surjet au crin de Florence. Cette suture a été faite transversalement ce qui ascensionne le scrotum distendu. Durée : 2 minutes.

Suites immédiates nulles ; le malade retourne chez lui une heure après. Situation très haute du testicule gauche opéré, mais la douleur préopératoire continue pendant 3 jours après l'intervention, puis cesse ensuite complètement.

Suites éloignées. Résultat thérapeutique. Deux mois après, le malade est en état absolument parfait. Le testicule est en situation haute et solidement fixé, pas atrophié et pas sensible. Les douleurs ont complètement disparu. Par les photographies prises avant et après l'opération, comme par l'examen clinique, nous avons pu nous rendre compte du résultat obtenu, et comparer ainsi la situation du côté gauche opéré par rapport au côté droit non opéré. Or, le testicule opéré (côté gauche) est maintenant à plus de 2 centimètres au-dessus du testicule droit, alors que l'inverse avait lieu auparavant. En outre, les veines entourées par la bague vaginale ne forment plus de tumeurs variqueuses, et ne sont plus sensibles.

Observation II.

Varicocèle bilatéral, avec prédominance à gauche. — Orchidopexie et phlébopexie réalisées par transposition testiculaire extraséreuse (côté gauche) — Opéré le 14 août 1901.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, chapelier, le nommé J. . E., qui présente un varicocèle absolument typique et douloureux sans atrophie testiculaire. Même conduite que dans le cas précédent. Résultat immédiat très satisfaisant. Cessation de toute douleur 2 jours après l'opération.

Observation III.

Varicocèle bilatéral avec prédominance à gauche. Transposition extra séreuse du testicule à titre orchidopexique et phlébopexique (côté gauche.) Opéré le 28 août 1901.

Jeune homme de 19 ans, garçon marchand de vins, a depuis 3 mois des douleurs tellement vives qu'il va se voir obligé de quitter sa profession. Il a une ptose considérable à gauche, des varices funiculaires et scrotales très développées, une *atrophie* du testicule de ce côté.

Résultats immédiats excellents. La douleur cependant ne disparaît que le 5e jour. La fixation est bonne : les varices du scrotum s'effacent, celles du cordon sont étroitement maintenues par la gaine séreuse.

CONCLUSIONS

I. Ma méthode de *transposition extraséreuse* du testicule, est une méthode à la fois *thérapeutique* et *opératoire*. Thérapeutique puisqu'elle trouve ses applications dans plusieurs affections ; opératoire puisqu'elle est partout caractérisée par une triade de manœuvres indissolublement unies dans ma conception.

II. Elle comporte en pratique cinq *procédés* un peu différents : celui de la transposition *interne* (pour hydrocèle) ; celui de la transposition *haute*, pour varicocèle ; celui de la transposition *basse*, pour ectopies testiculaires ; enfin, ceux de transposition *externe* et de transposition *transseptale* qui sont des procédés d'exception. C'est la technique pour l'hydrocèle que j'ai décrite ici ; je donnerai tout prochainement la description détaillée du procédé pour varicocèle ; mais, dans l'un comme dans l'autre, se retrouvent toujours les mêmes grandes lignes qui caractérisent la méthode : 1° trans-

position extra-séreuse du testicule ; 2° Engainement vaginal du cordon ; 3° absence de toute décortication et par suite de toute hémostase préventive.

III. Ses résultats et ses indications, ajoutés à sa simplicité, la désignent actuellement comme l'opération de choix dans deux affections ; l'hydrocèle ou l'hématocèle, le varicocèle. Elle a dans ce dernier cas un quadruple effet, *orchidopexique*, *vaginopexique*, *phlébopexique* et *scrotopexique*.

CLINIQUE EXTERNE

Un cas d'induration plastique des corps caverneux

Par le Dr **E. RAPIN**.

Un fait de même nature que celui dont je rapporte ici l'histoire, observé il y a quelque trente-cinq ans, m'était resté dans la mémoire comme une énigme pathologique, dont les caractères bizarres ne ressemblaient en rien à ce que je pouvais connaître alors. Le malade porteur de ce singulier phénomène était un vieillard neurasthénique, passant sa vie au lit, en proie à un malaise général qu'il combattait par des lavements de laudanum à doses massives (1). Un jour, il attira mon attention sur une induration de ses corps caverneux. Elle n'apparaissait ou ne s'accentuait, prétendait-il, qu'au moment des périodes de plus grande souffrance. Autant qu'il m'en souvient, cette induration était symétrique, de surface lisse, et occupait 25 millimètres environ du dos de la verge, à partir de la racine du membre.

Pareils symptômes ne s'étaient plus offerts à mon observation, lorsque, dernièrement, j'eus l'occasion de constater un fait du même genre. La rareté de l'affection m'engage à le publier, renvoyant pour l'historique et la symptomatologie de cette particularité anatomo-pathologique, au travail très complet du docteur Tuffier (2) et à la thèse du docteur Delaborde (3).

M. S..., 56 ans, célibataire, comptable, me consulte en octobre 1899 pour une induration progressive du dos de la verge, dont la première manifestation remonte à six mois environ. Elle apparut d'abord, à la racine du membre, sur le corps caverneux du côté gauche. En raison de l'unilatéralité de son siège, la verge, bridée à gauche, déviait du même côté pendant l'érection (strabisme pénien de Ricord). Peu à peu les deux côtés furent envahis dans toute leur longueur. A gauche, l'induration rejoignit un nodus qui s'était montré près du gland demeuré libre.

L'induration, qui occupe tout le dos de la verge jusqu'à la couronne du gland, donne à la palpation l'impression d'une carapace cartilagineuse, indolente à la pression, à bords latéraux mousses et nettement limités. Partout le fourreau a conservé sa laxité et sa coloration normales, sans témoigner d'aucune adhérence.

A l'état de flaccidité, l'aspect du membre ne dénote rien de particulier. Il en est autrement durant l'érection. Celle-ci imprime au pénis une forte incurvation à concavité supérieure, à un degré tel que, le malade étant debout, le méat regarde le zénith (4).

Le coït est toujours moins aisément praticable, non seulement en raison de la forme insolite que prend la verge dans ces conditions spéciales, mais par le fait aussi de la dureté considérable des corps caverneux pendant l'érection, dureté qui acquiert, à un certain moment, une consistance ligneuse telle que, souffrant vivement, un jour, de la brutalité de la conjonction, « l'objet aimé », comme disait Töpffer, ne put retenir un cri de douleur, persuadé qu'il était victime d'une mauvaise plaisanterie. Aussi l'acte génésique demande-t-il chaque fois un certain temps de préparation. Loin de faire appel aux excitations imaginatives et de s'abandonner sans réserve à l'entraînement des illusions érotiques, M. S., n'a au contraire qu'une préoccupation, celle d'atténuer la rigidité extrême de l'organe par l'emploi de lotions répétées d'eau froide. Il ne s'embarque pour Cythère qu'après que Cupidon a bien voulu détendre de quelque peu son arc. Voilà certes un assaut amoureux conduit avec une circonspection qui ne doit pas laisser grand'chose à l'aveugle et fol emportement des sens !

Ainsi que souvent il arrive chez l'homme frappé dans ses fonctions génitales, M. S., ne peut se défendre d'une certaine mélancolie (1) à la pensée de l'incurabilité de son état. Et cette crainte, trop justifiée par les faits, lui cause une tristesse d'autant plus profonde que l'âge n'a diminué en rien la passion amoureuse, toujours très ardente chez lui, au point de constituer une des principales préoccupations de sa vie, si ce n'est la première.

M. S..., en effet, est doté d'un tempérament particulièrement nerveux et impressionnable. Sa tenue, ses manières, ses habitudes rappellent les attributs du féminisme. Il aurait même été atteint, il y a 25 ans environ, d'un « coup de soleil » qui nécessita un internement de quelques mois. A l'exception de ces troubles nerveux, M. S., a joui d'une assez belle santé. L'on ne constate chez lui ni alcoolisme, ni tabagisme, ni saturnisme. Il remplit les devoirs de sa charge à l'entière satisfaction de ses chefs. Mais, je le répète, la note dominante de son caractère a été jusqu'à présent une excitation génésique toujours prompte à s'éveiller. Les érections chez lui sont très fréquentes et pénibles, surtout la nuit. La moindre pensée érotique les provoque. Même les actes de la miction et de la défécation ne s'accomplissent pas sans s'accompagner d'un certain degré de turgescence de l'organe. En résumé, nous sommes en présence d'un nerveux dans l'esprit duquel les préoccupations sexuelles tiennent la première place. Si nous passons maintenant à l'examen des divers appareils, nous reconnaîtrons chez M. S... l'existence d'un état cardiaque caractérisé par de l'arythmie, sans bruits anormaux. Les radiales sont dures, et l'on remarque à la partie supérieure de l'iris, des deux côtés, l'opalescence de l'arc sénile. Parfois le malade se plaint de palpitations et de dyspnée en montant l'escalier. Souvent, il est réveillé par une oppression qui l'oblige à s'asseoir et même à ouvrir la fenêtre. Notons encore une induration de l'épididyme à gauche. Bien que M. S..., ne se considère pas comme rhumatisant, il n'en éprouve pas moins, de temps à autre, des douleurs erratiques dans les membres. Dernièrement encore, il se plaignait d'avoir les épaules enraidies et douloureuses. Malgré la mobilité du fourreau de la verge et l'absence d'une coloration spécifique, le soupçon de syphilis se présentait naturellement à l'esprit. Interrogé dans ce sens, M. S... se défend de toute infection. Il n'attache aucune importance à de « légers accidents » apparus autrefois à l'âge de 21 ans : végétations (?) de chaque côté du frein, suivies d'une roséole :

(1) Selon l'intensité des crises, les doses variaient de 500 à 1.000 et même 2.000 gouttes de laudanum par lavement.

(2) TUFFIER. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1885, p. 401.

(3) DELABORDE. — Induration plastique des corps caverneux. *Thèse de Paris*, 23 déc. 1887.

(4) L'on cite un cas où l'incurvation était assez prononcée pour ramener le gland contre le pubis, de sorte que la verge faisait boucle (érection annulaire). « Les malades, dit Delaborde, emploient des expressions assez pittoresques qui dépeignent bien l'état de leur organe. Celui de Marchal, de Calvi, disait que sa verge « faisait trompette ». Celui de M. Poirier lui écrivait : « Je ne sais ce que j'ai, ma queue vrillonne comme celle d'un goret ».

(1) Les troubles névropathiques, fréquemment observés chez les sujets porteurs d'affection des organes génitaux, ne sont pas toujours, ainsi qu'on le prétend, la conséquence des maladies de cette nature. Ils peuvent, sans doute, être exaspérés par elles, mais dans la plupart des cas ils préexistaient chez l'individu et doivent être regardés comme cause prédisposante plutôt que la résultante d'une localisation génitale.

manifestations sans gravité comme sans signification aux yeux du malade, bien qu'elles l'eussent contraint à un traitement interne. La syphilis semblerait donc occuper une place dans ses antécéents. Quoiqu'il en fût, il était indiqué de soumettre le malade à la pierre de touche de l'infection vénérienne. C'est ce qu'a pensé aussi un confrère consulté tout d'abord. Croyant être en présence d'un syphilome, il avait affirmé sa prompte disparition, mais malgré l'intensité d'un traitement mercuriel et ioduré, l'induration demeura absolument indifférente à la médication spécifique. Il n'y avait donc pas lieu de revenir à la charge, en face d'un insuccès aussi complet.

A quoi rattacher la pathogénie de la singulière affection présentée par notre malade ? Entre les causes dont l'action a été le plus souvent invoquée pour expliquer l'induration des corps caverneux, il faut placer l'abus des plaisirs vénériens, la syphilis, la blennorrhagie, le traumatisme, le rhumatisme, la goutte et surtout le diabète. Si nous interrogeons M. S... au point de vue de ces diverses causes, nous croyons pouvoir éliminer la dernière. Examinées à deux reprises, les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine.

Malgré la quasi-certitude de son existence dans les antécédents, la syphilis ne saurait pas davantage être incriminée dans le cas spécial. Outre qu'il n'en offre pas la signature connue, le traitement institué a été assez énergique et prolongé pour nous permettre d'abandonner l'idée d'une manifestation vénérienne.

M. S... a eu autrefois plusieurs urétrites, de courte durée, dit-il. Faut-il voir là, à l'exemple de Mauriac (1886), la cause de l'état actuel ? Cela ne paraît pas très rationnel si l'on songe à la topographie différente des régions.

L'examen des causes suivantes nous conduira peut-être à des résultats plus satisfaisants : M. S... est plus que simplement un impressionnable ; il est sans conteste un cérébral. Son système nerveux semble avoir été touché jadis d'une manière sérieuse, cause première d'infériorité dans les moyens de défense de l'organisme. Il est en plus un arthritique dont l'appareil circulatoire paraît être livré à l'artério-sclérose. Or, l'induration du système artériel ne laisse pas les petits vaisseaux toujours indemnes : rappelons-nous l'*artério-capillary-fibrosis* de Gull et Sutton. Il se peut donc que ceux de la région qui nous occupe n'aient pas échappé non plus à l'action sclérogène. Et partout où elle règne, elle est une cause active de production de tissu conjonctif. Que dans ces conditions, suffisantes déjà par elles-mêmes pour créer une induration permanente, survienne un traumatisme — l'on sait la fâcheuse influence du traumatisme sur les diathèses — l'affection organo-pathologique sera constituée.

Y a-t-il lieu ici de faire intervenir le traumatisme ? Et à ce propos vaut-il la peine de faire mention d'un accident qui, bien que léger au moment de sa production, pourrait, à la rigueur n'être pas tout à fait étranger à la genèse de l'état qui tant afflige notre malade : Quelques mois avant de s'être aperçu du changement qui s'opérait dans ses corps caverneux, M. S.. avait subi un traumatisme sous la forme d'un froissement du pénis. Travaillant debout, il laissa échapper de ses mains un lourd registre qui, après avoir glissé sur son ventre, contusionna le dos de la verge. Il s'ensuivit un endolorissement relatif de l'organe, de deux ou trois jours de durée, sans autres symptômes immédiats. Dans quelle mesure avons-nous à tenir compte de cette action traumatique ? Il ne nous semble pas que la cause d'un effet aussi peu marqué, puisse être de quelque valeur dans la question. Toutefois, le malade nous l'ayant signalée, bien qu'il n'y attachât pas grande importance, nous avons cru devoir la mentionner.

Mais, il est un autre genre de traumatisme, un traumatisme interne, si l'on peut dire, qui, par l'incessante répétition de ses coups, pourrait avoir joué un rôle étiologique prépondérant dans la production de l'induration des corps caverneux. Nous voulons parler de cette disposition prononcée aux érections, de ce priapisme habituel, dont se plaint particulièrement notre malade. En raison de cette sorte de surmenage sexuel, l'on est en droit de se demander si la distension répétée de l'organe chez un artério-scléreux ne serait pas capable de provoquer l'hyperplasie fibreuse de l'enveloppe et de la cloison. Entre les causes invoquées, La Peyronie (1743) et Nélaton (1859) accusent les plaisirs de l'amour, et ce dernier auteur explique l'induration par la rupture de quelques mailles du tissu caverneux. En réalité, le tissu caverneux ne paraît pas être le siège propre de l'induration, mais il ne serait pas irrationnel d'admettre que, dans les mêmes conditions, des accidents de même nature se produisissent soit dans les petits vaisseaux du fourreau de la verge, soit dans le tissu fibreux même.

Si, nous résumant, nous tenons compte des éléments qui nous paraissent avoir agi comme facteurs dans la production de l'induration, nous formulerons notre manière de voir de la façon suivante : *Action traumatisante de nature intrinsèque due à l'exagération d'un mécanisme fonctionnel, chez un artério-scléreux mal protégé par un système nerveux qui a laissé le malade en état de moindre résistance.* Telles seraient, à notre avis, les conditions étiologiques, considérées comme autant de causes prédisposantes et déterminantes qui, dans le cas particulier, ont pu créer l'induration plastique des corps caverneux.

L'on se demande, en présence d'un semblable état, quel traitement pourrait être capable de s'opposer à la marche fatale, semble-t-il, de cette fibromatose, terme ultime de la vie d'un organe ? Rien de bien satisfaisant n'apparaît tout d'abord.

A défaut d'une meilleure idée, et peut-être aussi, en raison du souvenir de quelques succès dans l'emploi de l'électricité contre les fibromes utérins, nous avons songé à l'application des courants continus : Pile de Chardin d'une vingtaine d'éléments. Pôle positif sur le dos de la verge ; pôle négatif indifférent sur la nuque. Electrodes en terre glaise, afin d'éviter les lésions si fréquentes de la peau. Verge enveloppée d'un manchon d'argile, en relation avec le courant au moyen d'une plaque métallique déposée sur le dos de l'organe. Gâteau de terre glaise sur la nuque, recouverte également d'une plaque de métal. Séances bi-quotidiennes, de cinq minutes, en se guidant sur la sensation douloureuse pour le nombre des éléments à intercaler.

2 Mars 1900. Après six semaines de galvanisation, M. S... croit avoir obtenu un très léger avantage. La verge, à l'état d'érection, est tout autant déviée, il est vrai, mais à la palpation, l'induration semble avoir notablement diminué. Lorsqu'on saisit l'organe d'avant en arrière, l'on ne remarque rien de particulier. La pression bilatérale, qui toujours a permis de bien reconnaître l'induration et de sentir ses bords fermes et légèrement festonnés, donne l'impression d'une consistance moins accusée. L'examen provoquant un commencement d'érection, je constate comme auparavant la déviation de la verge à gauche.

24 Août. Après une interruption de quelques mois, M. S... s'est de nouveau électrisé journellement pendant les mois de juin et de juillet. Séances de 8 minutes, avec intercalation de la totalité des éléments. Amélioration sensible en juin, *statu quo* en juillet. L'induration paraît moins prononcée encore. Durant l'érection, l'incurvation, au dire du malade, est également moins accentuée : l'arc à concavité supérieure est plus effacé : le méat ne regarde plus le zénith et tend à s'abaisser vers l'horizontale. Il résulte de cette amélioration que l'acte copulatif s'accomplit dans des conditions moins dures. Le moral se relève d'autant.

Ayant renoncé au café noir, M. S... n'éprouve plus de palpitations. Pour la première fois, je constate un bruit de souffle systolique à la pointe.

5 Octobre. M. S... n'a plus recouru à l'emploi de la pile ; il se promet de le reprendre au besoin. Pour le moment, il se contente du progrès réalisé. N'étaient les érections énergiques qui troublent ses nuits, il serait satisfait de sa situation.

L'électricité paraît avoir apporté un notable changement dans l'état de M. S. Comment expliquer son action sur le système fibreux si peu susceptible de régression ? Il est à supposer que la circulation capillaire joue un rôle actif dans l'induration, si l'on en juge par

les alternatives d'induration et de relâchement que présentait le vieillard neurasthénique dont il est fait mention au début de cet article. Chez lui, l'induration n'apparaissait particulièrement qu'au moment des paroxysmes de la neurasthénie. Selon toute probabilité, ce serait en vertu de son action sur la circulation que l'électricité, en atténuant la cause première de la fibromatose, se montrerait utile en pareil cas.... Toutefois, je ne tiens pas mordicus à ma théorie ; quelqu'autre me satisferait mieux peut-être. J'ai eu en vue, avant tout, l'importance des résultats.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Mort du Président Mac Kinley.

Encore un assassinat de chef d'Etat ! Encore un président de République qui tombe sous les coups d'un forcené ! Encore un de ces crimes odieux et stupides, qui déconcertent la raison et soulève de toutes parts une explosion générale d'indignation et de réprobation ! L'assassin est, paraît-il, un anarchiste. Est-ce un isolé, ou bien est-ce le triste exécuteur d'un arrêt sanguinaire prononcé par un comité occulte quelconque de la secte ? On l'ignore encore. En tout cas, il est véritablement effrayant de voir se succéder à courts intervalles de semblables attentats, et de constater la fréquence et l'audace croissantes de ces manifestations d'une incompréhensible fureur homicide. Et l'on se demande avec stupéfaction sous quelles influences diverses, par quelle filiation d'idées, par quelle série de conceptions, par quelles aberrations du sens commun, des hommes peuvent en arriver à concevoir et à commettre, en y jouant leur vie, de ces grands crimes aveugles, qui n'ont jamais servi à rien, jamais changé rien, et qui n'ont jamais abouti qu'à faire prendre de plus en plus en horreur, par tous les honnêtes gens, les personnes et les doctrines sauvages de ceux qui les ont commis et de ceux qui les ont inspirés.

Le Président Mac Kinley, dans les circonstances que tout le monde sait, a reçu, presque à bout portant, deux coups de revolver ; l'une des balles a frappé la région sternale et n'a produit qu'une blessure superficielle, d'où elle est tombée d'elle-même au moment où l'on déshabilla le blessé ; l'autre a atteint la région épigastrique et pénétré dans l'abdomen. M. Mac Kinley ne tombe pas sur le coup, et c'est seulement après avoir fait quelques pas, avoir dit quelques paroles à son entourage et s'être assis dans son fauteuil, qu'il perd connaissance. On l'emporte, on l'installe dans un logis voisin, on confirme le diagnostic de la pénétration, et l'on fait séance tenante la laparotomie qui s'imposait, et que le patient, qui, entre temps, avait repris ses sens, avait acceptée sans hésitation, avec une simple et stoïque résignation. On constate que le projectile a traversé l'estomac de part en part ; on suture les deux plaies ; on ne retrouve pas le projectile, fort sagement on ne s'attarde pas à le rechercher, et l'on referme l'abdomen. Tout d'abord, les suites de cette intervention si heureusement précoce se déroulèrent de façon à autoriser de plus en plus, sous les réserves nécessaires en pareil cas, des espérances de guérison. Mais bientôt la persistance d'une certaine élévation de la température et d'une fréquence du pouls en dissociation avec cette température, vinrent inspirer quelque inquiétude sur l'issue finale aux professionnels qui pouvaient apprécier la signification clinique des bulletins successifs. Ensuite, le pouls et la température se maintenant dans les mêmes conditions préoccupantes, et la respiration présentant en même temps une certaine accélération, le malade, insuffisamment soutenu par l'alimentation rectale, fut autorisé à prendre une petite quantité de jus de viande, qu'il ne toléra pas, et il devint d'autre part nécessaire, peu après, de provoquer une évacuation alvine. Enfin, le cœur faiblit, reste insensible à la médication instituée pour le soutenir, et le malade succombe dans le collapsus. — A l'autopsie, on constate une zone de mortification autour des deux plaies stomacales suturées ; on ne retrouve pas la balle ; et c'est tout ce que nous apprennent les bulletins.

Il serait évidemment prématuré d'épiloguer sur des renseignements aussi sommaires et aussi insuffisants que ceux que nous possédons dans la série des bulletins publiés, quoiqu'il faille louer la netteté avec laquelle ils ont été rédigés, et la franchise avec laquelle nos confrères américains ont formulé leurs impressions successives sur l'état de l'opéré, espérances réservées, puis inquiétudes croissantes, et enfin situation désespérée et imminence, à bref délai, de la catastrophe finale. Mais la série de ces bulletins, rédigés pour le public, ne nous suffit pas, à nous autres, pour que nous puissions nous considérer comme dûment renseignés, et nous croire en mesure de porter le moindre jugement critique sur le fait clinique en question. Nous ignorons complètement une foule de détails importants, en l'absence desquels on ne pourrait que parler en l'air et ratiociner sur des hypothèses. Et l'on s'exposerait ainsi à la mésaventure d'un confrère trop pressé, qui, ayant adressé à un journal *politique*, dès le lendemain de l'accident, son appréciation sur la blessure et ses suites probables, blâmait nos confrères américains de n'avoir pas procédé immédiatement à la laparotomie, et dont la correspondance paraissait justement dans ce journal, en même temps que des dépêches d'Amérique annonçant que cette intervention avait été pratiquée dans le plus bref délai possible. Il faut attendre, pour se faire une opinion ou pour discuter, que l'on soit en possession de l'observation complète, jusques et y compris l'autopsie, qui sera sans nul doute publiée bientôt.

Mais, ce que l'on peut dès à présent faire remarquer, c'est l'absence de ces retards, de ces indécisions fâcheuses, qui se produisent trop souvent au chevet des personnalités en vue, c'est la décision et la promptitude avec lesquelles nos confrères américains ont satisfait à l'urgente et pressante indication de la laparotomie, c'est le caractère net et franc de leurs bulletins ; et c'est aussi la belle fermeté d'âme que n'a cessé de montrer la malheureuse victime, depuis l'instant où elle a été frappée par l'assassin jusqu'au moment suprême de sa mort.

Dr CH.-H. PETIT-VENDOL.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr P. KERAVAL.

I. — Einführung in die psychiatrische Klinik, par E. KRAEPELIN. (Leipzig in-8° 1901. J. A. Barth, édit).

Il s'agit de trente leçons cliniques élémentaires sur la mélancolie, les états de dépression circulaires, la démence précoce (démence simple), la stupeur catatonique, les états de dépression paralytiques, la folie épileptique, l'agitation maniaque, les états mixtes mélancolico-maniaques, l'agitation catatonique, le délire des grandeurs paralytique, les troubles mentaux alcooliques, la folie consécutive aux maladies aiguës, les délires, la folie puerpérale, la paranoia, les formes paranoïdes de la démence précoce, diverses formes de la formation du délire, l'alcoolisme chronique, le morphinisme et le cocaïnisme, les modes de terminaison de la paralysie générale et de la démence précoce, la démence des maladies cérébrales, la démence sénile, la démence épileptique, la folie consécutive aux traumatismes, la folie hystérique, les obsessions et phobies, l'imbécillité et l'idiotie, les perversions instinctives et morales des dégénérés, le crétinisme.

Nous ne pouvons résister au plaisir de citer les considérations d'ensemble qui constituent les conclusions de l'auteur, en les condensant un peu.

« Le *crétinisme*, dit-il, est une des formes peu nombreuses « de la folie dans lesquelles nous puissions nous former une « idée approximative du rapport qui existe entre la cause et « l'effet. Peut-être pouvons-nous espérer semblable explica- « tion pour la *paralysie générale* affection cérébrale déjà complexe, dans laquelle les tissus les plus différents du corps sont à ce point solidairement affectés qu'il est impossible d'expliquer les troubles correspondants simplement comme de pures conséquences des lésions du cerveau. Il doit y avoir, ici, de profonds bouleversements généraux de l'économie dont la cause immédiate nous échappe. Nous connaissons la cause éloignée du groupe principal des cas que nous désignons sous ce nom. C'est la syphilis. Mais les lésions cadavériques, rapprochées de l'inefficacité du traitement antisyphilitique, ne permettent guère de considérer la paralysie générale comme une manifestation simple de la syphilis. Il est probable qu'il y a un anneau intermédiaire à l'aide duquel le poison syphilitique produit l'affection paralytique du corps entier.

Bien plus obscure encore est la genèse des affections démentielles avec altérations plus ou moins nettes d'importants éléments de l'écorce. Ainsi, la *démence précoce*, qui, de même que la *folie mélancolico-maniaque*, paraît surtout sévir à la période de développement, et être favorisée, chez la femme, par la phase biologique de la reproduction, ainsi que par la détention : *certaines formes de l'idiotie* ; *quelques rares affections corticales étendues*, cliniquement voisines de la paralysie générale, semblent ne pas dépendre de causes nocives externes.

Certains bouleversements précis des échanges nutritifs indiquent qu'un trouble de l'assimilation et de la désassimilation y préside. Cette opinion serait confirmée par la théorie de l'*épilepsie autotoxique*, démontrée pour certains cas, car cliniquement on se demande si et à quel degré l'épilepsie en général est une maladie unitaire. L'*intoxication d'origine externe* semble évidente dans l'*affaiblissement intellectuel* qui succède aux maladies infectieuses aiguës telles que la *fièvre typhoïde* et la *variole* ; le poison morbide, directement ou par l'intermédiaire d'affections organiques, détermine de graves destructions dans le tissu de l'écorce du cerveau, ce qui nous fait supposer comme très probable que la démence précoce et les formes voisines de l'idiotie tiennent à des intoxications corticales dont nous ne sommes pas encore capables de reconnaître l'origine.

Et d'ailleurs, il est relativement fort rare de voir les maladies infectieuses aiguës aboutir à une démence permanente. Les troubles dementiels disparaissent généralement assez rapidement. La guérison des intoxications graves de l'écorce cérébrale (rhumatisme articulaire, érysipèle) explique les *rémissions si fréquentes de la démence précoce et de la paralysie générale*. Si tôt ou tard ces maladies remarchent, c'est que, contrairement à ce qui arrive dans les infections aigues, la source du poison n'est pas tarie.

La *polynévrite* mérite une place à part dans les maladies *infectieuses*. Elle procède des infections et des excès alcooliques. S'agit-il de maladies distinctes mais cliniquement semblables, ou l'alcoolisme prépare-t-il le terrain à l'infection ? En tout cas, un poison de contage ou une boisson, ensemble ou séparément, donnent naissance à la *psychose polynévritique*, qui constitue, en quelque sorte, la *transition* entre les *intoxications pures*, l'alcoolisme, le morphinisme, le cocaïnisme et les *infections*. Il y a là un lien intéressant entre un principe délétère et une forme clinique jusques et y compris l'état mental.

Les *excès alcooliques* donnent naissance à des tableaux morbides bien plus variés que l'unité de la cause le pourrait faire supposer. Il n'y a guère que l'ivresse, simple ou pathologique, et la démence alcoolique simple qui correspondent aux résultats de l'expérimentation psychologique. Le délirium tremens et le délire alcoolique présentent des caractères tout différents. Il est, par suite, très vraisemblable que ceux-ci émanent non point directement du poison, mais de perturbations somatiques occasionnées par l'alcoolisme chronique. Il y a là un rapport entre la cause et l'effet semblable à celui qui existe entre la cause de la maladie endémique appelée crétinisme et l'imbécillité de cette affection, semblable encore à celui que nous supposons entre la syphilis et la paralysie générale.

D'habitude, on rattache à des poisons, notamment à ceux qui sont engendrés par l'économie, les *formes mentales consécutives à l'épuisement*, par exemple, au surmenage intellectuel, moral, physique. On admet qu'en pareils cas, les produits de décomposition rapidement formés en quantité démesurée ne sont pas excrétés assez vite ou ne sont plus annihilés : par suite, ils développent leur pernicieux effet sur l'écorce. La question n'est pas encore suffisamment élucidée, mais il est impossible d'en contester brutalement l'éventualité dans les affections aiguës et chroniques du système nerveux.

Notre intelligence ne conçoit guère en outre de la théorie toxique que les *destructions massives de l'écorce*, par hémorrhagies, attritions, compression, suppression de la circulation, etc., auxquelles il serait peut-être bon de joindre la commotion cérébrale. Il est déjà bien moins aisé de saisir que l'*âge* engendre une altération progressive de l'écorce susceptible de produire les diverses formes de troubles intellectuels séniles. On ignore s'il se produit tout d'abord des transformations décisives des tissus, ou si ce sont des altérations vasculaires, voire d'autres bouleversements somatiques dus à la vieillesse, qui ouvrent la marche. Les formes de folie sénile qui très promptement conduisent à la démence grave plaident en faveur de la dernière hypothèse, mais le polymorphisme des tableaux cliniques indique une très grande variété dans leur genèse. L'apparition des altérations physiques et psychiques de la vieillesse dépend et des maladies ou fatalités de l'existence, et de la *prédisposition personnelle*.

La *prédisposition* est la cause essentielle d'une foule de maladies mentales : en ce cas, les principes délétères extérieurs donnent simplement le dernier coup de fouet : ils peuvent d'ailleurs manquer laissant nettement apparaître la caractéristique individuelle. Exemples : la folie maniaco-mélancolique, la paranoia, la folie hystérique, la folie traumatique. La prédisposition s'accuse au maximum dans la *dégénérescence héréditaire et transmissible* des obsessions, des phobies, des impulsions, des formes multiples de la débilité mentale. Ce ne sont plus là des processus morbides à terme défini, ce sont des états pathologiques qui durent toute la vie, dont le fonds reste invariable malgré les vicissitudes qu'ils subissent parfois. »

II. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par BOURNEVILLE (t. XX, Paris, in-8°, 19 0. *Progrès médical* et F. Alcan, édit.)

La collection des comptes rendus annuels du service des

enfants de Bicêtre est bien connue. Ce volume s'applique à l'année 1899. Il a pour collaborateurs : Chapotin, Dardel, Katz, Noir (J.), Paul Boncour et Poulard. On y trouve 76 figures et XIII planches.

La première partie est l'histoire du service pendant l'année. On y lira *les détails techniques du traitement médicopédagogique*, enseignement primaire et professionnel, l'étude statistique et le mouvement de la population, accompagnés de nombreux tableaux, dont ceux des décès justifiés par les lésions. La *fondation Vallée*, en quelque sorte complémentaire, est traitée suivant le même programme : les constructions nécessitées par son insuffisance, précédemment décrites, touchent à leur fin. Ce n'est pas tout. Bourneville poursuit la création de *classes spéciales* annexées ou non aux écoles primaires pour les *enfants arriérés* : de nouveaux documents prussiens et belges viennent à l'appui de cette idée. Enfin, l'encombrement de services, insuffisants, et l'invasion d'épidémies peuvent nécessiter le renvoi dans les familles de malades désignés par les chefs de services : des *secours aux parents* sont indispensables : le programme des secours *à domicile* est plein d'intérêt.

Dix-huit mémoires forment la seconde partie du livre, intitulée : *partie clinique, thérapeutique, anatomopathologique*. Ils concernent : le traitement de l'épilepsie par l'éosinate de sodium, et la joubarbe : le zona thoracobrachial d'origine tuberculeuse ? l'idiotie avec hémiplégie spasmodique d'origine cérébrale : l'hystérie mâle : l'alcoolisme dans ses rapports avec la genèse de l'idiotie, de l'épilepsie, de la dégénérescence mentale : l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux : la sclérose en plaques ayant débuté dans l'enfance : l'existence ou l'absence du thymus chez l'enfant normal ou non : l'idiotie par lésions destructives du lobule de l'insula et sclérose du lobe temporal : l'idiotie et l'épilepsie symptomatique de sclérose tubéreuse ; la folie de l'adolescence ; l'hydrocéphalie : la vie sexuelle, le mariage et la descendance d'un épileptique : une épidémie d'oreillons.

Une liste des internes ayant passé dans le service et des travaux qui y ont été faits clôt brillamment cette vingtième année d'activité. Heureux ceux qui ont réalisé dans l'âge mûr un projet formé pendant leur jeunesse ! Mais, sapristi, ce n'a pas été sans labeur.

III — De l'onirocritie comitiale, par A. FOURNIÉ (Bordeaux, in-8°, 1899. Cadoret, édit.).

L'étude des rêves des épileptiques permet d'arriver à poser le diagnostic de l'épilepsie. Elle tire ses éléments des *rêves post-paroxystiques* de Thomayer, des *rêves d'accès* de Ch. Féré, des *songes d'attaques* de M. Ducosté. Les premiers permettent de diagnostiquer un accès de petit mal nocturne : ils traduisent dans la conscience du sujet un trouble psychique qui fait suite à l'accès. Dans le rêve d'accès, le malade rêve qu'il a un accès ; il sent l'aura et les convulsions : c'est un accès en miniature, insensible à l'état de veille, qui permet de prévoir des manifestations épileptiques prochaines quand elles ne se sont encore jamais produites, ou, qu'après un temps d'arrêt, elles vont réapparaître. Inversement, au cours d'un traitement dirigé contre les grandes convulsions, les rêves d'accès annoncent l'éloignement ou la cessation des accès. Les songes d'attaques accompagnent assez souvent les crises comitiales : on ne les trouve jamais en dehors d'elles et rarement dans les accès diurnes. Toujours les mêmes pour un même sujet, ces songes rouges et terrifiants « de douleur cérébrale et de mort », constituent des drames bien suivis : on y retrouve les quatre phases de l'attaque, aussi distinctes, sinon plus, dans leur interprétation onirique que dans l'attaque vigile. Ils indiquent l'épilepsie. Tant qu'ils existent, le sujet n'est pas guéri : quand ils s'écourtent, la même chose a lieu pour les accès, et la tendance à la guérison s'accuse. Une aura périphérique, insensible à l'état de veille, peut se révéler en songe. Utilité de ces signes pour le médecin légiste et le médecin d'assurances sur la vie. Derrière le rêve auquel on croit devoir attribuer un rôle étiologique dans la production du délire, se cache parfois une attaque comitiale seule responsable du trouble mental : beaucoup de psychoses soi-disant oniriques pourront être traitées, peut-être guéries, par le traitement anticomitial que la connaissance des songes d'attaques aura fait instituer.

IV. — Etude clinique sur le délire généralisé (Verwirrtheit, confusion mentale), par X. FRANCOTTE (Gand, in-8°, 1900. E. Vander Haeghen, édit.

Cette étude nosographique tirée, dit l'auteur, de 42 observations personnelles, est très bien faite. Mais aussi elle montre si nous avons bien judicieusement choisi la classification à laquelle nous nous sommes rallié dans notre petit guide clinique de médecine mentale (1). La confusion mentale est donc un délire généralisé, caractérisé par un trouble de la conscience, de la désorientation, de la confusion dans les idées, de l'allittération, de l'incohérence, du désordre des actes. Il en existe plusieurs formes. La forme expansive, ou *maniaque*, parfois avec explosion de fureur, la forme dépressive ou *mélancolique*, parfois panophobique, quelquefois stupide et stuporo-catatonique, une forme *paranoïque*, c'est-à-dire avec idées délirantes dépressives ou expansives (idées de culpabilité, de persécutions, idées mégalomaniaques ou prétentieuses), une forme hallucinatoire, qui est le *délire généralisé hallucinatoire*, dans lequel prédominent quelquefois des illusions (idées d'empoisonnement, idées fantastiques, fantasmagories). Dans tous ces cas, on constate des signes physiques surtout digestifs, témoignant d'une nutrition générale en souffrance, avec diminution de poids, et déterminant de la sitiophobie. Il s'y associe souvent des phénomènes polynévritiques : on est alors en présence de la folie polynévritique ou *maladie de Korsakow*.

Une période prodromique, parfois assez longue, est en rapport avec une légère modification du caractère, de l'irritabilité, de l'impressionnabilité. Mais, le plus ordinairement, la maladie débute brusquement. Elle dessine des tableaux variés qui dépendent de la polymorphie des divers éléments morbides et des modes de leur association. Les rémissions multiples y sont de règle : elles sont de bon augure, si elles se prolongent et deviennent profondes. Durée : de quelques jours à plusieurs mois. Terminaison : par la mort, la chronicité, la démence, la guérison. 38 observations comprennent : 9 morts, 3 démences, 26 guérisons. Il y a des cas de récidives : c'est le *délire généralisé périodique*. Causes. C'est une affection qui sévit surtout chez la femme, de 30-40 ans. L'accouchement, l'influenza grave, l'angine parenchymateuse, la pneumonie, le rhumatisme articulaire, les opérations utérines, la tuberculose, les excès alcooliques, la menstruation, la ménopause, permettent d'accuser l'auto-intoxication. Autant vaut dire que toutes les modalités psychopathiques aiguës déjà connues peuvent être produites par la dystrophie générale ou l'auto-intoxication, et que, dans ce cas, la confusion mentale prédomine. C'est ainsi que nous avons procédé dans nos leçons. P. K.

V. — Les relations de l'acromégalie avec le myxédème et avec les autres maladies des glandes vasculaires, par Friedrich PINELES. (*Sammlung Klinischer vorträge Wolkmann.*)

L'auteur rappelle que des travaux récents ont étudié microscopiquement les lésions des différents organes dans l'acromégalie. Malgré tout, la pathogénie de cette affection reste obscure. Pineles pense que la théorie de P. Marie, d'après laquelle l'acromégalie est une dystrophie générale en relation avec des lésions de l'hypophyse, est la théorie la plus vraisemblable. Dans la plupart des cas d'acromégalie, on a en effet trouvé des lésions de l'hypophyse. Sans s'arrêter à l'hypothèse de Klebs sur l'origine thymique de l'acromégalie, ni à celle de Kechlinghausen, qui s'appuie probablement sur un cas de syringomyélie, l'auteur rejette l'hypothèse de Freund sur l'origine de l'acromégalie, qu'il considère comme une anomalie de développement.

Il est vrai que dans quelques cas d'acromégalie on n'a pas trouvé de lésions de l'hypophyse et inversement on a observé quelques cas de lésions de l'hypophyse qui ne

(1) *Pratique de la médecine mentale*. Paris, in-18, 1901.

s'étaient pas traduits pendant la vie par des signes d'acromégalie.

Une forme d'acromégalie semble bien démontrer l'origine hypophysaire de cette affection : c'est la forme aiguë décrite par Sternberg, et observée plusieurs fois depuis, dans laquelle le tableau clinique s'établit rapidement, quelquefois en quelques semaines : où dans tous les cas on trouve à l'autopsie un sarcome de l'hypophyse. Il semble aujourd'hui impossible de nier les relations entre l'hypophyse et l'acromégalie, mais les lésions de l'hypophyse sont-elles primitives ou secondaires, c'est ce qui n'est pas démontré.

On a bien voulu essayer des extirpations comme pour le myxœdème, mais, outre que cette opération est très difficile, les quelques animaux qui ont survécu n'ont pas présenté les symptômes de l'acromégalie. Pineles estime qu'on pourrait tirer profit de l'étude de l'acromégalie et des autres affections des glandes vasculaires sanguines, notamment avec le myxœdème, maladie bien caractérisée, dont la cause est certainement l'atrophie de la thyroïde. Or, myxœdème et acromégalie ont beaucoup de points communs, et si, dans la plupart des cas, on distingue facilement les deux affections, il existe aussi des observations où l'on note des symptômes de chacune de ces affections.

L'auteur rapporte deux observations d'acromégalie très intéressantes qui ont été le point de départ de son travail. Il s'agit bien d'acromégalie avec hypertrophie des pieds et des mains, prognathisme, développement excessif du nez et de la lèvre inférieure, maux de tête et douleurs généralisées des membres.

Mais les altérations de la peau, qui est épaissie, bouffie, surtout à la face et aux extrémités, et qui surtout est dure et rugueuse, peu colorée, piquetée de taches jaunes, avec desquamation par places, tout cela semble bien plutôt devoir être rattaché au myxœdème. La radiographie montre que, chez ces malades, s'il y a augmentation de volume des os, il y a surtout hypertrophie des parties molles. Il s'agit en somme, d'un cas mixte de myxœdème et d'acromégalie.

L'auteur fait une intéressante comparaison entre le corps pituitaire et la thyroïde, entre le myxœdème et l'acromégalie.

Il étudie ensuite les rapports de l'acromégalie et de la maladie de Basedow, rapporte plusieurs cas d'acromégalie avec exophtalmie, tachycardie, dilatation du cœur, sueurs, polyurie et glycosurie, signalés par Biguauri, Boltz, Brissaud, Hernot, Jœlsohn, Godbe, Murray, Osborne, etc.

Continuant cette étude comparative, il signale les troubles sexuels consécutifs à l'ablation des glandes génitales, troubles qu'on peut observer dans l'acromégalie. Or, comme la thyroïde, comme l'hypophyse, les glandes génitales sont aujourd'hui considérées comme des glandes à sécrétion interne.

Enfin, dans certain cas d'acromégalie, on note l'existence de la glycosurie, du diabète. Or, la relation causale du diabète avec une lésion du pancréas paraît hors de doute aujourd'hui, dans un grand nombre de cas. Ainsi, acromégalie, myxœdème, crétinisme, maladie de Basedow, et, dans beaucoup de cas aussi, le diabète, sont des maladies des glandes vasculaires sanguines ; or, dans les affections de chacune de ces glandes, on peut trouver des altérations anatomiques ou fonctionnelles des autres glandes vasculaires. Il semble qu'il y ait aussi entre les diverses glandes vasculaires une sorte de synergie fonctionnelle, qui se traduit cliniquement par les lésions concomitantes de ces glandes. Ainsi dans l'acromégalie, aux lésions de l'hypophyse s'ajoutent souvent des altérations de la thyroïde, du pancréas ou des glandes sexuelles. La voie sanguine et le grand sympathique semblent commander cette synergie fonctionnelle des glandes vasculaires.

Quelles conclusions faut-il tirer de tout cela quant à la pathogénie de l'acromégalie ? Nul doute que cette affection ne soit en rapport avec l'hypophyse, mais cette lésion hypophysaire est-elle la cause, est-elle l'effet ?

Quelques auteurs pensent que l'acromégalie n'est point subordonnée à une lésion de l'hypophyse qui manque quelquefois, et d'autre part des tumeurs de l'hypophyse ne s'accompagnent pas d'acromégalie. Shüenpell pense aussi qu'un organe aussi insignifiant que l'hypophyse ne doit pas jouer un si grand rôle dans la nutrition de l'organisme.

Pourtant, toutes ces affections des glandes vasculaires sanguines semblent bien en relation les unes avec les autres.

Or pour ce qui est du myxœdème, il n'est pas douteux que sa cause c'est la lésion de la thyroïde : si on considère en outre que la lésion de l'hypophyse est presque de règle dans l'acromégalie, on est porté à croire que l'acromégalie, qui se rapproche tant du myxœdème est comme lui une maladie de glande vasculaire sanguine et que sa cause est bien la lésion hypophysaire. E. P.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

La Protection de l'Enfance

Une campagne au sujet de l'amélioration du service de l'Inspection des enfants du premier âge avait été entreprise dans le journal le *Matin* à l'instigation de M. le Dr Raimondi. Cette campagne, qui a démontré d'une façon indiscutable que l'Inspection médicale ne pouvait avoir lieu d'une façon régulière, vu les indemnités ridicules attribuées aux médecins qui en sont chargés, a eu pour résultat d'attirer l'attention sur la protection des nourrissons, un peu trop négligée malgré la loi Roussel.

A Paris, M. le préfet de police, à ce propos, a adressé la circulaire suivante aux médecins-inspecteurs et aux dames visiteuses des Enfants du premier âge.

Le préfet de police à MM. les médecins-inspecteurs et à Mmes les visiteuses de la protection des enfants du premier âge.

Pour assurer d'une façon plus efficace la surveillance du service de protection de l'enfance, et aussi pour remédier à certains abus et actes de négligence, rares il est vrai, qui m'ont été signalés, il me paraît nécessaire d'appeler particulièrement votre attention sur les conditions suivantes, dans lesquelles vous devez vous acquitter de la mission qui vous est confiée.

L'article 10 du règlement d'administration publique du 27 février 1877 vous prescrit de voir tout nouveau nourrisson *dans la huitaine* de la réception de l'avis de placement et de visiter ensuite cet enfant au moins une fois par mois, et à toute réquisition du maire.

J'attache le plus grand intérêt à ce que vous fassiez toujours dans le délai réglementaire votre première visite, dont vous n'ignorez pas l'importance. C'est, en effet, dès le début du placement que vous pouvez intervenir efficacement pour remédier à des méthodes d'alimentation vicieuses, éclairer la nourrice par vos conseils, et assurer au nourrisson le bénéfice de soins appropriés à son âge et à son état de santé. En ce qui concerne votre inspection mensuelle, il est bien entendu qu'une visite par mois de chaque nourrisson constitue un minimum auquel vous ne devez pas vous tenir, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants vous ayant paru mal soignés par leurs éleveuses.

D'autre part, je suis informé que quelques-uns d'entre vous ont l'habitude d'effectuer des tournées à des époques régulièrement déterminées, les uns, par exemple, dans la première quinzaine, les autres dans la deuxième quinzaine du mois. Cette manière de procéder a pour inconvénients de trop espacer vos visites et de renseigner les nourrices sur la date probable de votre passage. Je vous prie de vous rendre, désormais, *toutes les semaines*, dans votre circonscription, ce qui vous permettra d'ailleurs de voir facilement les nouveaux nourrissons dans le délai de huit jours ci-dessus rappelé.

Il arrive souvent que vous ne rencontrez pas une nourrice chez elle. En pareil cas, vous voudrez bien déposer à son domicile, chez la concierge ou chez un voisin répondant pour elle, un bulletin constatant son absence, tel jour, à telle heure ; bulletin qui devra être joint au carnet par la nourrice. Je vous ferai remettre prochainement des impri-

més pour cet usage. Vous continuerez, comme par le passé, d'adresser à la mairie un bulletin mentionnant le résultat infructueux de votre démarche, en indiquant très exactement le jour et l'heure, et, à votre visite suivante chez la nourrice, vous inscrirez sur le carnet une mention indiquant l'absence de cette éleveuse lors de votre précédent passage.

J'ai appris que vos bulletins de visite ne parviennent quelquefois aux mairies que quelques jours après votre inspection chez les nourrices. Je vous prie d'envoyer ces bulletins *dans le délai de vingt-quatre heures.*

Grâce à cette prompte transmission, les maires pourront prescrire d'urgence, dans l'intérêt des nourrissons, les mesures dont vos constatations auront établi la nécessité.

J'ai décidé que Mmes les visiteuses tiendraient un registre analogue à celui que MM. les Médecins-inspecteurs tiennent déjà par application des dispositions de l'article 40 du règlement. Les registres de l'inspection seront présentés, une fois par an, du 1er au 31 janvier, dans mes bureaux pour y être visés. Lorsque pour une cause quelconque, vous ne pourrez assister à une séance de commission locale, vous m'en informerez immédiatement et me ferez connaître les motifs de votre abstention.

Enfin, je vous rappelle qu'aucun fonctionnaire de mon administration *ne peut s'absenter sans mon autorisation préalable.* En cas de maladie vous obligeant à interrompre votre service, vous devez m'aviser sans délai. Je charge le chef de la 1re division de veiller à la stricte observation de ces diverses prescriptions et de me rendre compte fréquemment de la marche du service.

La loi du 23 décembre 1874 votée par le législateur dans le but de protéger l'enfance, a déjà donné des résultats fort appréciables, que tout le monde est disposé à reconnaître. On doit obtenir encore davantage et je me plais à espérer que je puis compter sur votre zèle et votre dévouement pour réaliser de nouveaux progrès, dont bénéficieront les enfants confiés à votre surveillance protectrice.

Le préfet de police, Lépine.

Outre les mesures prises par la Préfecture de Police, il vient de se fonder une Société protectrice des nourrissons. Son but est de préserver les enfants du premier âge et de favoriser leur développement. Elle demande la modification des bureaux de nourrices dont l'organisation est actuellement très défectueuse. D'autre part l'encouragement par des récompenses aux nourrices qui s'acquittent bien de leurs fonctions.

BIBLIOGRAPHIE

Premier rapport biennal du Bureau de contrôle des Institutions publiques de l'Etat d'Iowa. Des Moines. Conaway. 1900. (Un beau volume, gr. in-8° de 1021 pages, cart. toile.)

C'est, en somme, un recueil complet et admirablement classé de tous les actes et des statistiques de l'Assistance publique d'Iowa. Les rapports médicaux et administratifs contenus dans ce volume compact représentent l'activité de quatre grands asiles d'aliénés d'un « home » militaire, d'un orphelinat militaire, d'un collège d'aveugles, d'une école de sourds, d'une institution d'enfants arriérés, de deux écoles industrielles, d'une école d'amélioration pour filles, de deux pénitenciers. Il faut y ajouter des rapports de simple surveillance des corps enseignants et des établissements privés d'aliénés. L'Assistance des aliénés occupe donc la plus grande place dans cet ouvrage et montre, une fois de plus, les grands avantages de la division moderne en services de chroniques et services d'aigus à personnel médical nombreux avec soins individuels et confort absolu. Un détail entre mille : un crédit de 60 dollars par asile est affecté à l'amélioration du traitement des infirmières capables de faire de la musique pour distraire leurs malades. Ces rapports abondent en utiles documents. F. Boissier.

Sensibilité comparée des réactifs chimiques et physiologiques de la strychnine, par M. Fernand Colin, licencié ès sciences et pharmacien de première classe (Thèse de Lyon, 1900.)

Excellent travail, qui a dû coûter à notre bi-confrère, le Dr Colin, de la patience et du temps. Division très simple : deux parties, l'une chimique, l'autre physiologique. Dans la première, sont passés en revue et essayés les divers réactifs de la strychnine (Bouchardat, Tanret, Meyer, Dragendorf, Marmé, Marchand, Selmi, Otto, Sonnenscheim, Mandelin, Taffel, Vry, Schulze, Scheibler, etc., etc.), en soulignant un procédé spécial employé par le Pr Crolas (de Lyon), et que voici (p. 18) : on fait une solution de permanganate de potasse dans de l'acide sulfurique pur (1/200). Ce réactif, d'une couleur vert-olive foncé, donne, au contact avec le résidu de l'évaporation au B-M d'une solution strychnique, une coloration d'un bleu violet qui passe ensuite et définitivement au rose. La deuxième partie comporte l'expérimentation physiologique sur la grenouille, en tenant compte des influences de la température, du froid et de l'ablation du foie. Dans les recherches chimiques et physiologiques, l'auteur s'est appliqué à trouver les limites de sensibilité : ce qui donne à un sujet apparemment classique toute sa valeur et son originalité. Pour M. Colin, la strychnine est surtout sensible aux réactifs chimiques, et surtout au permanganate de potasse, suivant la formule sus-indiquée. Le réactif physiologique a une limite qui dépend des conditions où l'on opère avec la dose de 0 gr. 00005 de strychnine. La toxicité dépend de la température, sous limites (32°,33), et augmente par l'ablation du foie chez la grenouille. Nos compliments à M. Colin. P. C.

L'Art pratique de formuler à l'usage des étudiants et des jeunes praticiens, par le Dr Lemanski. 1 vol. de 230 pages (Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

Le titre indique suffisamment le but que s'est proposé l'auteur en écrivant cet ouvrage qu'il a divisé en dix chapitres. Dans le premier, il passe en revue les divers éléments qui composent une formule, puis il établit des classifications ayant pour objet l'association raisonnée des divers médicaments que l'on doit réunir dans une même formule.

M. Lemanski s'occupe ensuite des *incompatibilités*, de la *solubilité*, des *substances médicamenteuses*, des différentes *préparations pharmaceutiques* et passe en revue les diverses voies d'absorption. Le chapitre septième est consacré à des *exercices formulaires*. L'auteur s'occupe ensuite de la *sérothérapie*, de l'*opothérapie* et des *antiseptiques*. Dans le dernier chapitre, il traite de l'art de formuler chez les enfants. Cet ouvrage, dit M. Lemanski, pourra, je pense, être consulté avec fruit : on y trouvera réunis et groupés des renseignements épars dans les livres et difficiles à assembler ; ainsi condensés, ils seront facilement assimilables, et avec un peu de persévérance, au sortir de cette lecture, on saura, je l'espère, *faire une ordonnance.* P. Yvon.

L'orientation, par Bonnier. (*Scientia*, Carré et Naud, 1900.)

M. Bonnier, dont plusieurs travaux, notamment ceux sur le vertige, l'oreille et le tabes labyrinthique, ont été fort remarqués, était en mesure de mettre au point cette question de l'orientation. Celle-ci définit non le lieu de chaque chose dans l'espace, mais la direction suivant laquelle est situé ce lieu par rapport à nous. Avant d'étudier l'orientation proprement dite, l'auteur étudie la notion d'espace, qui lui est intimement liée ; puis succède la série des formes sensorielles par lesquelles on a pu s'orienter. Il y a deux sortes d'orientation, l'orientation subjective et l'orientation objective. Cette dernière nous permet d'orienter les choses de notre milieu par rapport à nous et les unes par rapport aux autres. L'orientation subjective est notre propre orientation. On doit distinguer le sens des attitudes segmentaires qui nous renseigne sur l'orientation de chacune des parties de notre corps. Par lui nous avons la sensation de chaque partie de nous-mêmes. En second lieu, il y a une orientation subjective directe, c'est l'orientation totale, par laquelle nous

connaissons l'état de nos déplacements. Nous n'indiquons que les grandes lignes de cet intéressant travail, mais à coté de ces questions principales viennent se placer des notions non moins importantes et qui complètent les considérations de l'auteur. On y voit, par exemple, les rapports de l'orientation avec la motricité, la vue, l'audition, etc. De même la notion de forme, de relief dans l'espace, est tributaire du sens des attitudes. L'ouvrage se termine par l'étude de l'orientation lointaine et l'exposé des rapports de l'orientation avec l'activité physique. Les notions d'espace, de forme, de mouvement, de force, de personnalité, de temps etc., etc., dépendent de l'orientation. Son étude est donc capitale et il est heureux que M. Bonnier s'en soit chargé.

Cours de minéralogie biologique, 3e série, par J. GAUBE (du Gers), 1 vol. in-12, 330 pages. Paris, 1901, chez Maloine.

C'est la publication d'une série de leçons faites à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, comme professeur libre. Ces 18 leçons traitent de l'analyse minérale de la chair de l'homme et des animaux, de la minéralisation des muscles, de la déminéralisation et reminéralisation de l'homme, du spécifique minéral des maladies bactériennes, et enfin du traitement de ces maladies ainsi que la broncho-pneumonie par l'iodobenzoyliodure de magnésium.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les dédales du système minéro-biologique qu'il a eu la constance d'édifier de toutes pièces, mais où il faut faire la part de l'imagination créatrice. Mais il faut savoir gré à M. Gaube d'avoir réussi à réveiller l'attention sur le rôle très important, mais jusqu'ici méconnu en France, des s els minéraux dans l'organisme. Nous suivrons avec intérêt les recherches de M. Gaube, recherches que nous avons eu déjà l'occasion de signaler au public scientifique (1), en rappelant les travaux de Liebig, et les théories plus récentes de Koeppe (2). Les idées de M. Gaube sont peut-être poussées à l'extrême, mais elles contiennent une forte part de vérité, et méritent la plus sérieuse attention de ceux qui recherchent le positif en médecine. C'est pourquoi nous avons lu presque avec enthousiasme ce cours de minéralogie biologique, bien qu'il n'exprime pour nous qu'une tentative. Le style est d'ailleurs d'une clarté nécessaire, de sorte que tout médecin curieux peut hardiment et avec fruit, aborder pareille lecture.

Action des médicaments, par Sir LAUDER-BRUNTON, traduit de l'anglais par Bouqué et Heymans, professeurs à Gand (1901, in-4o de 608 pages, chez Carré et Naud, à Paris.)

Ce gros ouvrage est la publication, apparemment textuelle, de 36 leçons de pharmacologie et thérapeutique, professées à l'hopital Saint-Bartholomey (de Londres). L'auteur est médecin de cet hôpital, docteur ès sciences et docteur en droit des Universités d'Edimbourg et d'Aberdeen. Il s'agit d'un professeur qui parle à des élèves, mais d'une manière assez nourrie pour instruire les médecins eux-mêmes. Sans chercher de la haute science, on découvre dans les leçons de Sir Brunton une foule de détails pratiques, que les étudiants français ne connaissent pas toujours : cela, parce notre enseignement en France est d'un niveau plus élevé, et manque souvent par cela même de caractère pratique. Ce défaut de nos savants professeurs est surtout manifeste à l'Ecole supérieure de Pharmacie, où, d'une façon générale, les études physico-chimiques sont encore transcendentales et contributives, au lieu d'agrandir ou de fouiller l'arsenal médicamenteux. C'est une des grosses raisons, non la seule évidemment, pour laquelle la plupart des médicaments chimiques viennent d'Allemagne. Or, l'Ecole de Pharmacie pourrait faire, quant à la chimie thérapeutique, ce qu'heureusement les laboratoires de l'Institut Pasteur vont s'efforcer de réparer chez nous, au point de vue de la chimie alimentaire et industrielle.

(1) P. Cornet. — L'application diététique dans le traitement des maladies des voies digestives, 1901, p. 120, chez Steinheil, Paris.

(2) Koeppe (de Giessen). — Physikalische Chemie in der Medicin. 1900.

Pour en revenir aux leçons du Pr Brunton, elles sont émaillées d'anecdotes et d'explications pratiques qui en font le charme. Un assez grand nombre de figures schématiques aident à comprendre certains problèmes des plus ardus de la physiologie thérapeutique. Ajoutons que la traduction, due à MM. Bouqué et Heymans, professeurs à l'Université de Gand, est d'une limpidité toute française. De sorte que, par le fond et par la forme, l'ouvrage se recommande à nos compatriotes.

P. CORNET.

VARIA

CONGRÈS

Congrès d'Anthropologie criminelle.

Le Congrès d'Anthropologie criminelle vient de se tenir à Amsterdam. La France y était officiellement représentée par MM. Granier, Garnier, Albanel et Boncour. Des discussions passionnées ont eu lieu entre les partisans de l'école italienne de Lombroso et ses adversaires. Néanmoins, l'école italienne, par l'organe de son éloquent interprète, Enrico Ferri, a fait quelques concessions en reconnaissant que le criminel né est héréditairement prédisposé au crime, sans être cependant le jouet d'une fatalité inéluctable : et il a conclu dans la nécessité de chercher à atténuer la misère et surtout l'alcoolisme, de substituer les tentatives d'éducation aux mesures répressives. Il serait nécessaire de considérer le crime non point d'après la prétendue culpabilité personnelle, mais d'après le danger social que représente le criminel. Il serait urgent de modifier la procédure, de placer le médecin à côté du magistrat et de faire de ce dernier un criminologiste et non un commentateur de textes.

M. le Dr Garnier, médecin de la Préfecture de police de Paris, et M. le Dr Etienne Martin, élève du Pr Lacassagne, ont fait remarquer qu'il n'y avait entre leurs idées et celles de leurs confrères italiens qu'une différence de degrés. Ils revendiquent pour Morel l'honneur d'avoir émis ces idées en 1840.

M. Albanel, juge d'instruction au tribunal de la Seine, a exposé ses idées sur le patronage familial des libérés pour lequel il a tant fait. M. Calmet, substitut à Lyon, a affirmé que parmi les jeunes magistrats beaucoup considéraient comme un devoir de conscience de tenir compte de l'avis du médecin, même lorsque le prévenu ne paraissait pas aliéné.

M. Granier, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur à Paris est venu affirmer les bonnes dispositions de l'Administration française à l'égard des travaux du Congrès.

En clôturant ses travaux, le Congrès d'Anthropologie criminelle a émis les vœux suivants: Sur la proposition de M. Albanel, que, dans tous les pays, les enfants ayant commis une infraction pénale soient examinés, avant toute comparution en justice, par un médecin compétent, et que ceux reconnus dégénérés soient placés dans des établissement pédagogiques créés à cet effet en vue de leur amélioration intellectuelle et morale; sur la proposition du docteur Etienne Martin, que l'on joigne au dossier de toute affaire criminelle l'observation biologique de l'accusé. Enfin, sur la proposition du distingué et jeune avocat de la Cour d'appel de Paris, M. Paul Boncourt, et après une intéressante discussion à laquelle ont pris part M. Lejeune, ancien Ministre belge et M. Enrico Ferri, le Congrès a émis un vœu invitant les gouvernements à prendre des mesures efficaces pour enrayer les progrès de l'alcoolisme, telles que la surveillance sévère des débits de boissons alcooliques, au besoin la prohibition de certaines d'entre elles, et le monopole d'Etat de la production ou de la vente des alcools en général.

Avant de se séparer, le Congrès d'Anthropologie criminelle a adopté un ordre du jour de regret au sujet de l'assassinat du Président Mac Kinley, sur la proposition de Mlle Louise Rubinowitch, de New-York. Il a été décidé que le prochain Congrès d'Antropologie criminelle aurait lieu à Turin en 1906.

Congrès zoologique de Berlin.

Le Congrès de zoologie qui vient de clore ses séances à Berlin a été tenu sous la présidence de M. le Pr Edmond Perrier, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. L'accueil le plus chaleureux a été fait au savant français par le Bourgmestre de la ville de Berlin et aux Congressistes en général, par le Ministre de l'Instruction publique de Prusse. M. Studt. Le prochain Congrès zoologique se tiendra à Berne sous la présidence de M. le professeur Stader.

Congrès international d'assistance familiale

(*Paris*, 27-31 *octobre* 1901.)

Le Congrès international d'assistance familiale, actuellement en formation sous le haut patronage de MM. Casimir Périer et Théophile Roussel, a pour but l'étude d'ensemble de toutes les questions se rattachant à l'extension, la création et l'organisation méthodiques d'institutions d'assistance fondées sur le maintien des assistés dans un milieu familial. Le Comité provisoire d'organisation a décidé dans ses dernières séances de diviser ses études en quatre groupes auxquels correspondent quatre sections générales : 1re section, femme et enfant ; 2e section, adulte valide : 3e section, adulte malade ; 4e section. vieillards et incurables.

Dans chacune de ces sections, indépendamment des communications particulières, seront présentés et discutés des rapports faisant connaître ce qui se fait et ce qui pourrait se faire dans le sens de l'assistance en famille, tant à l'étranger qu'en France, par les pouvoirs publics et l'initiative privée.

Les réunions de sections auront lieu le matin. Des assemblées générales seront tenues l'après-midi. Les questions qui y seront traitées correspondront aux quatre sections ci-dessus visées. Des rapporteurs généraux seront désignés à cet effet. Dans l'organisation de ce congrès, une part très large sera laissée à la femme, dont le concours a été et sera toujours si précieux pour tout ce qui a trait aux divers modes d'assistance par la famille. Le Congrès aura lieu à Paris, du 27 au 31 octobre 1901.

Les rapports et communications déposés avant le 15 septembre seront imprimés et distribués avant l'ouverture du Congrès. Le chiffre de la souscription est fixé à 10 francs par personne ou par délégation. Des réductions de transport seront demandées et des réceptions et excursions organisées. Un journal bi-mensuel sera adressé aux congressistes au fur et à mesure de leur adhésion et les tiendra au courant des travaux préparatoires. L'adhésion donne droit en outre au recueil des travaux, qui comprendra les rapports imprimés avant le Congrès et les discussions auxquelles ils auront donné lieu.

S'adresser à M. le Dr Marie, ancien directeur de l'assistance familiale de la Seine, secrétaire général, 58, rue de Douai, à Paris (9e) et à M. le Dr Antheaume, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, trésorier, 6, rue Scheffer, Paris (16e).

Le secours d'accouchement

Le secours d'accouchement est toujours assez élevé. Il est habituellement de 20 francs. Mais il faut remarquer qu'il n'est accordé que si la solliciteuse a été accouchée à domicile par une sage-femme de l'Assistance publique. Or, il est possible que la solliciteuse ait été faire ses couches dans un hôpital, qu'elle ne soit point restée chez elle au moment de sa délivrance. Dans ce cas, en produisant le bulletin de l'hôpital, elle obtiendra le secours de 20 francs, qui sera emprunté aux revenus de la fondation Monthyon. Mais si la malheureuse n'est pas allée accoucher à l'hôpital, où si elle n'a pas fait appel à une sage-femme de l'Assistance publique, il ne sera possible de la secourir qu'avec les fonds de secours individuels, et elle ne touchera que 5 ou 10 francs. Quel que soit le motif qui explique et légitime l'intervention du bureau de bienfaisance, on voit que le bureau doit toujours se préoccuper de considérations budgétaires, — qu'il doit toujours examiner sur quel fonds il peut prélever le secours, — et que la modicité de son assistance a pour explication la modicité des ressources dont il dispose.

MILHAUD, *Revue philanthropique*.

L'alcoolisme

Nous extrayons d'une lettre écrite au Dr Daremberg, au sujet d'un de ses articles sur l'alcoolisme, les réflexions suivantes d'un médecin :

Tous les chirurgiens, tous les accoucheurs prescrivent du champagne à leurs victimes. Un grand nombre de médecins ne connaissant pas d'autre tisane que le grog. et je vois toutes les femmes du peuple en offrir à leurs enfants malades. Tous les convalescents, tous les débiles nous réclament un de ces vins soi-disant fortifiants où l'alcool s'unit à un excitant quelconque pour activer la dépense de systèmes nerveux qui ne demanderaient qu'à faire des économies. L'ouvrier parisien buvait deux litres de vin par jour ; on l'encourage à en boire davantage, et cela s'appelle une réforme, une loi démocratique. On prétend réprimer l'usage des liqueurs alcooliques concentrées, et on l'encourage indirectement : car le jour où l'excès de vin donne à l'ouvrier la nausée matinale, c'est au verre de rhum qu'il demande un remède, et le premier abus conduit naturellement au second. Voilà ce que le public ignore et ce que nous devons proclamer hautement. L'Académie de Médecine n'a-telle pas un devoir à remplir en matière d'hygiène publique ? Qu'elle se décide à parler, il en est temps. — Soigner les tuberculeux, c'est bien ; mais barrer le chemin qui conduit à toutes les déchéances, ce serait mieux peut-être et plus économique.

Les femmes dans les Universités suisses.

Le nombre des femmes qui suivent les cours de médecine dans les Universités suisses augmente dans de telles proportions que, dans certains de ces établissements, il a déjà dépassé celui des élèves masculins. Ainsi, à Berne, on ne compte que 174 étudiants contre 190 étudiantes. A Genève, les étudiants l'emportent encore — comme nombre — mais d'assez peu, puisqu'il y a, à l'Université de cette ville, 163 femmes et 183 hommes. En ce moment, le chiffre total des étudiantes en médecine qui suivent les cours des diverses Universites suisses est de 511. L'une des doctoresses diplômées en Suisse vient d'obtenir un double succès à Berlin. où, après avoir été reçue docteur, aussi bien en Prusse qu'en Suisse, elle a été nommée médecin de la Société de Secours pour les femmes employées. C'est Mme Bornstein qui, chose assez curieuse, a été reçue docteur en même temps que son fils. (*La Fronde*.)

FORMULES

XIII. — Contre la sciatique.

Gaïacol cristallisé		1 gramme.
Salicylate de méthyle	àà 10	—
Axonge		
Lanoline		

Imbiber un linge fin, l'appliquer le long du sciatique et recouvrir de coton et de taffetas ciré. (Jean MALLET.)

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 1er septembre au samedi 7 septembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,038 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 398, illégitimes 132. Total 530. — *Sexe féminin* : légitimes, 373, illégitimes, 135. Total, 508.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 1er sept. au samedi 7 sept. 1901, les décès ont été au nombre de 833, savoir : 426 hommes et 407 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 3 F. 1. T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 5, F. 2, T. 7. — Rougeole : M. 4, F. 0, T. 4. — Scarlatine :

M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 8, F. 8, T. 16. — Diphtérie et Croup : M. 6, F. 6, T. 12. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 2, F. 0, T. 2. — Autres maladies épidémiques : M. 0, F. 2, T. 2. — Tuberculose des poumons : M. 104. F. 73, T. 177. — Tuberculose des méninges : M. 6. F. 14, T. 20.— Autres tuberculoses : M. 13, F. 4, T. 17. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 25, F. 41, T. 66. — Méningite simple : M. 9, F. 9, T. 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 18. F. 20, T. 38. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 31, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 6, T. 13. — Bronchite chronique : M. 7, F. 4, T. 11. — Pneumonie : M. 7. F. 7. T. 14. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 29, T. 57. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 1, F. 3, T. 4 ; autre alimentation : M. 31, F. 27, T.58.— Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 5, F. 4, T. 9. — Hernies, obstruction intestinale : M. 4. F. 1, T. 5. — Cirrhose du foie : M. 4, F. 3, T. 7. — Néphrite et mal de Bright : M. 8, F. 7. T. 15. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 4, T. 4.— Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0. F, 3, T.3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 9, F. 12, T. 21. — Débilité sénile : M. 9, F. 17, T. 26.— Morts violentes : M. 21, F. 14, T. 35. — Suicides : M. 9, F. 5, T. 14. — Autres maladies : M. 50. F. 42, T. 92. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 5, F. 6, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 30, illégitimes, 15. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 10, illégitimes, 14. — Total : 24.

LES SANATORIA ET LEURS PARRAINS. — Le Congrès qui vient de se terminer à Ajaccio s'est occupé de la question des sanatoria. Sait-on à qui l'on doit la création de ces établissements aujourd'hui si appréciés ? C'est à une femme, miss Florence Nightingale, qui guérit M. Bennet, de Menton, en lui conseillant de s'étendre de longues heures au grand air et de suivre un régime plantureux. En 1859, Hermann Brœhmer fondait, à Gœrbersdoff, le premier établissement de cure d'air. Dettweiler, son élève, devait plus tard développer ses idées et les mettre en œuvre sous une forme plus parfaite, en 1875, au sanatorium de Falkenstein, qui fut longtemps un modèle du genre. En 1869, avec la fondation de Kurhaus, était créée la première station d'altitude. La vallée de Davos abrite aujourd'hui 3,000 malades et 16 médecins. (*Journal.*)

LA PESTE EN EGYPTE. — LE CAIRE, 16 septembre. — Il y a, aujourd'hui, 11 cas de peste dans toute l'Egypte, dont 4 à Alexandrie Tous les malades sont indigènes.

ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'école du service de santé militaire à la suite du concours de 1901 : 1. Hügel. Rayot. Delahousse. Croidieu, Laloy, Chatain, Renaud, Labougle, Nicard, Troché, Causeret, Maillard, Roubaud, Hornus, Clerc, Perrier. Saupiquet, Rudler, Dufils. 20. Paître, Moynet, Bloch. Guionie. Chauliac, Chivol. Malmonté, Drouhet, Boyé, Mahaut, Cordier, Cazeneuve, Martin, Sanson, Groc, Trèves, Talpain, Peridier. Biros, Pernin. 40. Candiotti. Reynaud, Rigal, Duteil, Geay, Perdrizet. Pilliot, Rohn, Zemb. Bargetin, Eybert, Dizac. Larroque, Ortah. Syandoul, Chon, Hornus, Cazottes, Frantz, Cathala. 60. Jammes. Destelle, Guillois, Marion, Louis, Pouchet, de Sauvejunte, Orticonti, Kœnig. Querleux, Simonin, Royer, Coulon, Vuillemot, Turcan, Fulcrand, Charton. Grondone. Salètes. Remy. 80. Perot, Gottenkieny, Beaumont. Dellys. Ducas, Regnault. Balme. Lemouon. Charrier, Fonsagrives. Dez, Pentot, Sailly, Baillou, Yvert. Augé, Gary, Villard. Vergnes. Le Petit. 100. Dorange.

L'ÉTUDE DE LA FIÈVRE JAUNE. — MM. les médecins-majors de 1re classe des troupes coloniales Marchoux, détaché au ministère des colonies, et Simond, en congé de convalescence dans la métropole, viennent d'être placés hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour faire partie de la mission scientifique chargée, sous la direction de l'Institut Pasteur, de l'étude de la fièvre jaune au Brésil et qui s'embarquera à Bordeaux le 4 octobre prochain. (*Débats.*)

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le médecin en chef de 1re classe Friocourt est promu au grade de directeur du service de santé de la marine.

Le médecin de 2e classe Thoulon est promu médecin de 1re classe.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Troupes coloniales.* — MM. les méd.-maj. de 1re cl. Marchoux et Simond ont été placés hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des colonies, pour faire partie d'une mission scientifique chargée, sous la direction de l'Institut Pasteur, de l'étude de la fièvre jaune au Brésil.

M. le méd.-maj. de 2e cl. Aunac serv. au Tonkin.

RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE. — *Nominations.* — Ont été promus dans le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de méd.-major de 1re cl. de l'armée territoriale. — Les méd.-majors de 1re cl. : MM. Tardif, Pozzo di Borgo.

Au grade de méd.-major de 2e cl. de réserve. — M. Vincent méd.-maj. de 2e cl.

Au grade de méd. aide-maj. de 1re cl. de réserve.— M. Roulet aide-maj. de 1re cl.

Au grade de méd. aide-major de 2e cl. de réserve. — Les docteurs en médecine : MM. Morgoulieff. Buy, Polier, Fournier. Constensoux, Luys, Mercier. Leclerc, Cochy de Moncan, Guéry, Faure, Tournemelle. Michaux, Laporte, Keim, Salignat, Lévy, Mauger, Louis. Froment, Daudé, Miot, Jacomet, Guillot, Chérut, Bonrivant. Balmelle, Lévy, Ponech, Broussais, Lacommé, Curie, Ranson. Blum, Courgeon. Welcker, Dide, Jartel, Jahan. Rozoy. Barrois. Champion, Roullin, Gauzy, Dumont, Baque, Berry, De Brye, Thiellement, Loin, Philippet, Mathey, Brunet, Vital. Pothiez, Carré, Fabre Pitoiset. Gaillardon, Osty. Rerolle, Azaïs, Chavanne, Haret, du Clot, Bournoville, Delord, Le Coniat, Boda, Gigon, Feuillade, Collinot, Fleurot, Rochette, Lafon, Arnal, Pothet, Capelle, Benes, Perrier, Colin, Petit, Bonsirven, Laffitte. Dauzats. Latron, de Bazelaire de Ruppierre, Galimant, Bornay, Segonds, Fraisse, Mulle, Lhoste, Caire, Roquetanière, Pannetier, Trombert, Pariset, Souchon. Ducot. Henriot. Escoffier. Lecat. Crotet, Gales, Rembauville. Paravicini. Defrain. Duliege, Laroche. Brément, Roustan. Dravet. Courchet, Boelle. Audy, Huriez. Morel. Artaud.

Au grade de méd. aide-maj. de 2e cl. de l'armée territoriale.— Les docteurs en médecine : MM. Soule, Aubry, Gianetti. Delamare.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr G. Péry, ancien bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Bordeaux et auteur de nombreux travaux sur la médecine bordelaise : de M. le Dr Dazin, de Cambrai ; de M. le Dr Delatouche, de Fougère ; de M. le Dr Lelong, de Chartres ; de M. le Dr Kirchener, de Bruxelles ; de M. le Dr Moncorvo, de Rio-de-Janeiro et de M. le Dr Paul Colrat, médecin des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté de Lyon.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30 ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 39. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 28 SEPTEMBRE 1901

Le Progrès Médical

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les troubles psychiques dans le paludisme,

Par le Dr Jean P. **CARDAMATIS** (1).

Ancien vice-président de la Société Médicale d'Athènes.

S'il est vrai que tous les auteurs qui, depuis les temps d'Hippocrate jusqu'à nos jours, se sont occupés des maladies paludéennes, font mention du délire qui se présente au cours des différentes phases du paludisme, il n'en est pas moins vrai qu'aucun parmi eux, les auteurs classiques mêmes non exceptés, ne traita cette question d'une façon particulière, et ce n'est que depuis quelque temps que l'attention des médecins qui se sont voués à l'étude des maladies des pays chauds commença à se diriger sur les troubles psychiques qu'on rencontre dans le paludisme.

Dans les œuvres d'Hippocrate, relativement au délire déterminé par le paludisme, on ne trouve que quelques phrases disséminées par ci par là, et qui sont à peu près les suivantes : « Παράληροι, φρενιτικοὶ, πάντα παρέκρουσε. λῆρος, παρεφρόνησεν, ἐλήρει, ἐς νύκτα παρέκρουσε πολλὰ, πολλὰ παρέλεγε, πολὺ δὲ πρὸ μέσου ἡμέρας ἐξεμάνη », etc. Le malade avait une fièvre délirante ; était atteint d'une phrénitis ; avait un délire aigu avec de la fièvre intense ; il avait un délire général ; il délirait ; il tomba en démence ; il avait pendant la nuit un délire violent ; il y avait une grande incohérence dans les pensées du malade ; il était pris de folie presque avant le milieu du jour. » Hippocrate, en parlant des malades atteints de phrénitis dans les *Prorrhétiques* tome cinquième, livre premier, page 510), dit : « Οἱ κωματώδεις ἐν ἀρχῇσι γενόμενοι μετὰ κεφαλῆς, ὀσφύος, ὑποχονδρίου, τραχήλου ὀδύνης, ἀγρυπνέοντες, ἦρά γε φρενιτικοὶ ; μυκτὴρ ἐν τούτοισι ἀποστάζων ὀλέθριον ἄλλως τε καὶ τεταρταίοισι ἢ ἀρχομένοισι ». Les malades qui sont pris de coma dans le début avec douleur de la tête, des lombes, de l'hypocondre et du cou, éprouvant de l'insomnie, sont-ils affectés de phrénitis ? Une épistaxis dans ce cas est fâcheuse, surtout si les symptômes susdits commencent le quatrième jour (1).

Dans les *Prénotions Coaques* (tome Ve, livre 1er, page 601), on lit : « Οἱ λαβόντες ἐσ τὴν αὔραν παροξυνθέντες, τρίτην ἐπισχόντες, τετάρτην παροξυνθέντες κακοι· ἦρά γε καὶ φρενιτικοὶ οἱ τοιοῦτο παροξυσμοι ; » : Les fièvres redoublant le lendemain de l'invasion, s'arrêtant le troisième jour, redoublant le quatrième, sont-elles phrénitiques ? (2). Aussi, dans le troisième livre des *Epidémies*, on lit : « Κωμα τώδεις δὲ μάλιστα μέν οἱ φρενιτικοὶ και οἱ καυσώδες ἦσαν. Les phrénitis et les causes étaient particulièrement accompagnées de coma ; ce symptôme survenait aussi dans le cours de toutes les autres grandes maladies qui étaient avec fièvre». (Littré, Œuvres compl. d'Hip. tome. IIIe *Epid*. liv. 3e, pag. 91) (3). Enfin dans le même livre des *Epidémies* (page 117), Hippocrate dit : « ὁ φρενιτικὸς τῇ πρώτῃ κατακλιθεὶς, ἤμεσε ἰώδεα πολλὰ, λεπτά· πυρετὸς φρικώδης ξυνεχής· πολλὺς ἱδρὼς δι' ὅλου· κεφαλῆς και τραχήλου βαρος μετ' ὀδύνης· οὖρα λεπτά· ἐναιωρήματα σμικρὰ διεσπαρμένα· οὐχ ἵδρωτο· ἀπό δὲ κοιλίας ἐξεκόπρησε ἀθρόως· πολλὰ παρέκρουσε οὐδὲ ὕπνωσε. Δευτέρῃ πρωὶ ἄφωνος· πυρετὸς ὀξὺς· ἵδρωσε οὐ διέλιπε· παλμοὶ δι' ὅλου τοῦ σώματος, νυκτός σπασμοὶ. Τρίτῃ παροξύνθη πάντα. Τετάρτῃ ἀπέθανε.» Le malade atteint de phrénitis, s'étant alité le premier jour, eut des vomissements abondants de matières érugineuses et ténues ; fièvre tremblante, très forte ; sueurs continues et générales, pesanteur de la tête et du col avec douleur ; urines ténues ; énéorèmes petits et dispersés, point de sédiment ; il rendit une grande quantité d'excréments ; beaucoup d'hallucinations ; point de sommeil. Deuxième jour, le matin perte de la parole, fièvre aiguë ; sueur ; point d'intermission ; battements dans tout le corps ; la nuit con-

(1) Communication faite devant le Congrès Panhellénique de Médecine, tenu à Athènes 19-23 mai 1901.

(1) « Les accès comateux qui débutent avec des douleurs de la tête, des lombes, de l'hypocondre et du cou, et qui tiennent le malade dans l'insomnie, seraient-ils phrénétiques ? La rhinorragie est toujours funeste dans ces accès, surtout si elle se produit le quatrième jour ou au début de l'accès ». (Traduct. du Dr Raphaei Vouro).

(2) « Les accès de fièvre qui redoublent le lendemain de l'invasion, qui s'arrêtent le troisième jour et qui reprennent le quatrième, sont d'un mauvais pronostic. De tels accès seraient-ils si phrénétiques ? » (Traduct. du Dr Vouro.)

(3) « Le Coma se produisait surtout dans les accès phrénetiques (phrénitis) et dans les accès ardents (fièvre ardente, fièvre causode, causus). Traduct. du Dr Vouro.

vulsions. Troisième jour, tout s'aggrava. Quatrième jour, il mourut (tome III[e], *Epid.* liv. 3[e], pag. 117) (1).

Dans le chapitre du régime des « maladies aiguës », on lit de plus : « Μάλιστα δ'ἂν ἐπαινέσαιμι ἰητρόν, ὅστις ἐν τοῖσιν ὀξέσι νοσήμασι, ἃ τοὺς πλείστους τῶν ἀνθρώπων κτείνει, ἐν τούτοισι διαφέρων τι τῶν ἄλλων εἴη ἐπὶ τὸ βέλτιον. Ἔστι δὲ ταῦτα οξέα, ὁποῖα ὠνόμασαν οἱ ἀρχαῖοι πλευρῖτιν, και πνευμονὶην, και φρενῖτιν, και λήθαργον και καῦσον, και τὰ ἄλλα νοσήματα, ὁκόσα τούτων ἐχόμενα ἐστι ὧν οἱ πυρετοι τὸ ἐπιπαν ξυνεχέες ἐόντες κτεινουσι. » Je donnerais surtout des éloges au médecin qui saurait se conduire avec une habileté supérieure dans les maladies aiguës qui sont celles que les anciens ont nommées : pleurésie, péripneumonie, phrénésie, léthargie, causus, et les autres affections qui en dépendent et où la fièvre est généralement continue. (Littré, t. II[e], *Du régime dans les maladies aiguës* p. 233) (2). Dans les *Prénotions Coaques*, on lit encore ceci : «Τὰ μανιακὰ πυρετοὺς ὀξεῖς ταραχώδεας ἀχόλῳ καρδιαλγικῷ λύουσιν. Le délire maniaque résout des fièvres aiguës pleines de troubles, chez une personne non bilieuse, cardialgique. (Lit. tome V[e], *Prénot. Coaques*, pag. 707).

Les successeurs d'Hippocrate, qui ne purent aussi étudier à fond la nature du délire paludique, s'expriment tout simplement avec les phrases suivantes : φρενῶν παραλλάξεες (aliénations mentales), φρενῶν ἐντάσιες (intensité mentale), πολλόν αὐτικα ἐφλυήρει (il parlait beaucoup, il tenait des propos), τεταρτη ἐσ νύκτα καὶ πέμπτη ὑποπαρελήρει (le quatrième dans la nuit et le cinquième, un peu de délire), ὁ δέ Προδρόμου θέρεος ὑπότραυλεν (le garçon de Prodromus en été un peu bégayant). (Lit. t. V[e], 7[e] liv. les *Epid.*, pag. 373.)

Après les époques hippocratique, alexandrine, grecoromaine et transitive, vient l'époque de la Renaissance jusqu'à 1750 de l'ère chrétienne. Durant cette longue suite des siècles, on n'a point parlé particulièrement des troubles psychiques déterminés par le paludisme. Vers le XVII[e] siècle seulement, Rivier a le premier commencé à effleurer la question du délire qui se présente dans le paludisme. Cet auteur rapporte dans ses observations cliniques le cas d'un médecin atteint d'une fièvre intermittente d'allure chronique et d'une forme tierce double et qui finit par devenir hypocondriaque. Centur. I., observ. 74). Les intensités, les aliénations mentales et les hallucinations tombèrent aussi à l'observation de tous les médecins ultérieurs à Rivier. Il semble, en effet, que le délire qui apparaît dans le cours des accès aussi bien que celui qui se produit durant la convalescence du paludisme, et surtout le délire maniaque, aient pu attirer l'attention non seulement de Rivier, mais aussi des autres observateurs qui n'y consacrèrent que quelques mots. Il faut citer parmi eux surtout Borelli, Etmüler, Sydenham, Hoffmann, et Morgagni qui, en dehors du délire maniaque qui se fait observer pendant les accès du paludisme, rapportent aussi, mais au point de vue historique simplement, certains cas d'hypochondrie survenus après le décours d'accès intermittentes chroniques.

Après ces observateurs viennent Montfalcon *Histoire des marais*, Paris, 1824), Fodéré, Baillarger (1843), Lévy (1869), etc., qui, tout en reconnaissant à la cachexie palustre la propriété de déterminer des troubles intellectuels, n'ont énoncé leur avis que par quelques mots ; ils disent, d'une manière historique toujours, que les cachectiques palustres ont l'esprit idiot, le cœur impassible et brutal (Montfalcon) ; ils sont insensibles comme des êtres qui végètent (Fodéré) ; leur regard mélancolique n'exprime que l'imbécillité et l'apathie ; ils ne connaissent ni la joie de l'enfance, ni les plaisirs de la jeunesse et ils sont indifférents aux passions généreuses (Lévy).

Celui qui, parmi les observateurs de ces temps, semble avoir le plus fixé son attention sur les troubles intellectuels que le paludisme détermine dans le but de les étudier est vraiment Baillarger, parce qu'il essaye d'expliquer la pathogénie de ces troubles en les considérant comme un effet de l'anémie qui résulte du paludisme. Griessinger (Traité des maladies mentales, Paris, 1865) dit avoir observé dans la cachexie palustre, même dans l'état non fébrile, un tremblement nerveux, une altération de la voix laquelle était devenue rude et comme éteinte ; une marche parfois chancelante avec des mouvements choréïformes, signes d'une péri-encéphalite accompagnée d'un affaiblissement intellectuel ou d'un trouble des facultés intellectuelles à des degrés variant jusqu'à la folie. Berthier (1861), Christian (1873) et Frerichs parlent aussi de troubles psychiques imputables au paludisme. L. Colin (Traité des fièvres intermit., 1870, pag. 241), dans la description du délire qui survient durant l'accès pernicieux, tout en admettant que cet accident s'évanouit par le déclin de l'accès fébrile, ne s'empêche point de dire que le malade ne laisse pas d'avoir, dans l'apyrexie même, une inquiétude et un certain étonnement. Calmette (*Gazette des hôpitaux*, 1872) dit avoir aussi observé du délire mélancolique consécutif à une fièvre intermittente palustre. Griessinger (Traité des maladies infectieuses 1877, page 81) dit avoir observé chez certains individus une légère idiotie et de la somnolence qui duraient après la fin de l'accès pernicieux. Kraeplin (1880), prétendant également que le paludisme peut déterminer durant son évolution des troubles psychiques, attribue à la fièvre intermittente la propriété de déterminer de la manie, de la mélancolie, ou de la lypémanie, et à la cachexie palustre la propriété de produire l'apathie. Jovanow, de Smyrne, communiqua en 1882 devant le premier Congrès des médecins hellènes le cas d'un malade qui, quatre jours après sa guérison d'une fièvre intermittente, fut atteint de folie ; cette dernière maladie ayant duré 16 jours disparut sans aucun traitement. Théophanidis (Traité des fièvres palustres 1885), parlant des cachectiques palustres, dit : « Ils ont les sens obtus, leur parole est lente, leur mémoire faible et leur intelligence finit par s'alourdir ».

Moncorvo (Sur la malaria infantile et son traitement, 1895, pag. 6) dit : « Rien n'empêche en effet d'admettre

(1) Le malade atteint de phrénitis s'alite dès le premier jour et est pris de vomissements abondants contenant des matières érugineuses et ténues. La fièvre est tremblante (phricode) et continue. Des sueurs abondantes baignent le corps entier. Douleurs gravatives de la tête et du cou. Les urines sont ténues et contiennent de petits énéorèmes dispersés. Les selles copieuses et abondantes. La nuit passe sans sommeil au milieu des diverses hallucinations. Le lendemain matin le malade perd la faculté de la parole ; la fièvre est violente, sans intermission ; il y a des sueurs. Le corps entier est parcouru par des secousses musculaires ; les convulsions se déclarent dans la nuit. Le troisième jour tous les phénomènes s'aggravent. La mort survient le quatrième jour. (Traduct. du D[r] Raphael Vouro).

(2) « Je ne saurais trop louer parmi les médecins celui dont l'intervention aurait été salutaire dans le traitement d'un certain nombre de maladies aiguës qui comportent la plus grande mortalité. Ces dernières maladies sont celles que les anciens ont dénommées : pleurésie, péripneumonie (pleuro-pneumonie), phrénésie, léthargie, causus (fièvre ardente) et toutes les autres affections consécutives aux précédentes et dans lesquelles la fièvre étant pour la plupart continue emporte les malades. (Traduct. du D[r] Raphaël Vouro).

qu'en entravant de bonne heure le développement physique régulier, elle amène un retard de l'évolution intellectuelle, peut-être même un certain degré d'infériorité morale ». Ségard (*Archiv. de Médec. navale*, tome II[e], 1886) a observé, après la terminaison d'un accès comateux, une folie aiguë avec des tendances érotiques qui dura trois jours. Kelsch et Kiener (Maladies des pays chauds, 1889, p. 493-495), qui ont plus spécialement étudié le délire palustre, le distinguent en deux : un délire qu'on rencontre pendant l'accès fébrile et un délire qu'on observe durant l'apyrexie ; ils disent que ce dernier succède au délire aigu ou bien qu'il s'établit d'emblée sous une forme subaiguë et qu'il dure quelquefois plus d'une semaine.

Liebermann (Les fièvres pernicieuses de la Cochinchine, *Revue méd. milit.* 3[e] série, tome VII) a aussi observé dans le paludisme et après l'accès fébrile du délire qui dura plus d'une semaine. Manson (*Hunterian Society, the an oration*, 1894), cite le cas d'un individu qui, de retour de Bombay fut atteint de troubles cérébraux. Ces troubles furent expliqués après l'admission du malade dans un asile par l'examen microscopique de son sang, lequel a fait retrouver le parasite palustre de Laveran ce qui permit que le malade obtînt sa guérison par la quinine.

Rey (d'Aix-en-Provence) et Boinet (de Marseille) recueillent 35 cas de troubles psychiques chez des individus provenant du Brésil, du Soudan et de Madagascar et portant en eux depuis longtemps le germe du paludisme. Ils ont groupé ces troubles en deux catégories : troubles psychiques survenant pendant l'accès fébrile et troubles psychiques survenant après l'accès de la fièvre. Toutes les fois qu'on rencontre ces troubles, disent ces mêmes auteurs, ils sont caractérisés d'un état mélancolique, lequel passe rapidement chez les personnes qui n'ont aucune prédisposition neuropathique, tandis que, chez ceux qui en portent une il peut, lorsque l'état prend une allure chronique, dégénérer en un délire systématique (délire des grandeurs, délire des persécutions, etc). Régis (*Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes*, séance du 4 août 1897) en attribuant au paludisme le pouvoir de troubler les facultés intellectuelles, rapproche ces troubles de ceux de l'alcoolisme. Les troubles psychiques qui se produisent durant les accès ressembleraient, d'après le même auteur, aux troubles déterminés par l'alcoolisme subaigu ; tandis que les phénomènes psychiques qu'on observe dans les intervalles du paludisme chronique seraient semblables à ceux de l'alcoolisme chronique. Les troubles psychiques qu'on rencontre dans la période des accès de la fièvre intermittente sont, dit-il, accompagnés par de l'amnésie, des hallucinations etc., et peuvent revêtir la forme maniaque, alors qu'ils ne se présentent pas souvent sous la forme du délire mélancolique. Pasmackin, de Bulgarie (*Wiener méd.* 20 et 27 mars 1897), sur 5412 impaludés, dit avoir rencontré 106 fois des troubles psychiques, soit un rapport de 2 % presque. Il prétend n'avoir jamais observé la manie, et il fixe la durée de ces psychoses comme variant entre 4 jours et 3 mois. Cardamatis et Kanellis (*Progrès médical*, 10 avril 1897), en même temps que Pasmackin, furent d'un avis contraire, et tout en reconnaissant l'existence de la manie dans le paludisme, prétendirent qu'on ne le rencontre que rarement. Cette opinion eut des défenseurs dans la personne de Régis et d'autres médecins devant le Congrès Français des médecins aliénistes et neurologistes qui eut lieu à Toulouse. Chabal, qui a étudié les psychoses palustres sous les inspirations de Régis, en distingue trois catégories : a) troubles de l'accès fébrile ou du paludisme chronique ; b) troubles de la convalescence ou des accès du paludisme chronique ; c) troubles éloignés du cours du paludisme. Danadjew a décrit dans la cachexie palustre un délire compliqué de polynévrite (*Spis. na sofiisk. médic. drouj.*, juillet 1900).

De notre part, nous occupant depuis longtemps et continuant encore de nous occuper de l'étude approfondie de ce chapitre du paludisme, nous classons le psychoses palustres rien qu'en nous en rapportant aux manifestations cliniques du paludisme, et non aux seules théories. Les troubles intellectuels du paludisme peuvent, selon nous, être distingués : *a*) en troubles qui surviennent pendant l'accès de la fièvre intermittente palustre simple ; *b*) en troubles qui se produisent dans les intervalles aussi bien que durant les accès du paludisme chronique ; *c*) en troubles qui se présentent dans le cours des fièvres intermittentes et des accès pernicieux ; *d*) en troubles qui apparaissent pendant la cachexie palustre.

* * *

Durant l'accès de la fièvre intermittente aiguë simple, ainsi que durant les paroxysmes du paludisme chronique, nous distinguons les lésions mentales relativement soit au début, soit à l'intensité, soit enfin au déclin de la fièvre. Cependant, dans certains cas, même après le paroxysme fébrile, c'est-à-dire dans la convalescence, nous relevons un état pathologique du système nerveux central, comme par exemple une hyperesthésie des organes des sens, une tendance au silence, un délire de la part du malade de rester dans l'obscurité, une insomnie qui fait son apparition la nuit du lendemain de l'accès, ou enfin un sommeil agité et interrompu par des songes effrayants ou par du cauchemar.

Dans le cours de la fièvre rémittente, les aliénations mentales se rencontrent le plus souvent pendant l'élévation de la température ; d'autres fois, pendant le déclin de la fièvre, rarement après la terminaison de l'accès, et encore plus rarement dans le stade prodromique des accès pernicieux et surtout de l'accès comateux. Nous avons ailleurs (*Iatriki Proodos*, novembre 1900), établi que l'incohérence des idées, ainsi que tout autre trouble du système nerveux qui vient en suite d'un accès intermittent simple, comme par exemple une perversion du caractère, du babillage, de la difficulté dans l'articulation des mots, hyperesthésie de la peau, etc., tous ces phénomènes constituent un symptôme prodromique important de l'accès comateux. Dans la cachexie palustre, nous distinguons des troubles psychiques qu'on rencontre tantôt dans l'évolution du début qui est indiquée par le terme de la forme légère ; tantôt dans l'évolution ultérieure de la cachexie secondaire qui est énoncée par le terme de la forme grave et durant laquelle se développent les processus cirrhotiques, les dégénérescences amyloïdes et les autres états graves de l'organisme. Nous avons donc des troubles psychiques qu'on rencontre dans le paludisme aigu et chronique ainsi que dans leur stade fébrile et de convalescence.

On rencontre le délire d'origine palustre surtout dans le cours de la fièvre intermittente, soit légère, soit grave ; moins souvent dans la fièvre continue ou rémittente et encore plus rarement au cours de la ca-

chexie palustre. Le délire de la fièvre intermittente simple est d'ordinaire petit et espacé. Toutes les fois que le délire dure plus longtemps et que le malade donne des réponses incompréhensibles aux questions qu'on lui adresse, ou se lève de son lit d'un air brutal et furieux, on est en droit de prendre ce délire comme un élément particulier qui a trait à un accès pernicieux, notamment l'accès phrénétique (1), l'accès maniaque, l'accès paracoptique ou délirant, dont on trouve la description dans les ouvrages de Loudon (*Febris perniciosa maniacalis. Wien. médic. presse* 1874), de Weisse (*Febris pernic. maniac. Wien. médic. presse* 1875, etc.). Le délire de la fièvre intermittente, quelle que soit sa forme, reconnaît pour cause une excitation cérébrale intense ou non et accompagnée d'une congestion ou d'une anémie, ou indifféremment. Comme le délire se rencontre ordinairement durant le stade fébrile et plus rarement après ce dernier, il en résulte deux espèces de délire, le délire fébrile et le délire sans fièvre ou apyrétique (délire de la convalescence) ; ce dernier peut tenir la place de la folie toxique. Chabal, parlant du délire palustre, prétend que cet accident peut se présenter dans toutes les périodes du paludisme et sans admettre la distinction de ce délire au même sens que dans les maladies infectieuses, c'est-à-dire la distinction d'un délire qu'on rencontre durant la période aiguë de la maladie et d'un délire qui se produit pendant la convalescence, ajoute ce qui suit : « Le paludisme n'a pas en effet une évolution unique, comme par exemple la fièvre typhoïde, mais une marche intermittente à poussées aiguës se succédant à intervalles variables. On sera donc exposé à trouver des délires aigus à toutes les époques de la malaria ».

Les divers phénomènes nerveux qu'on rencontre au cours du paludisme, tels que les névralgies, le délire, les convulsions et les troubles des facultés intellectuelles et psychiques d'une manifestation et d'une intensité chaque fois différentes, ne dispensent pas Laveran lui-même de l'alternative, si une toxine particulière secrétée par le parasite palustre lui-même serait la cause principale de tous ces phénomènes nerveux, ou bien si l'on pourrait en incriminer le parasite à lui seul. Dans cette alternative, il parait plus probable que la cause de l'excitation exercée sur les centres cérébro-spinaux soit plutôt représentée par les toxines que par l'hématozoaire de Laveran à lui seul. D'après les théories ou plutôt les doctrines dominantes, on sait l'influence qu'exercent en général le terrain, les chimismes, les altérations des sécrétions, le processus fermentatif varié de l'estomac, la suppression des sécrétions et les microorganismes aux points de vue soit de la quantité ou de la qualité, soit de l'influence réciproque de ces éléments par leur association coopérative ou concurrente. Si l'influence de la quantité, de la gravité et du terrain n'est connue que d'une façon expérimentative, on n'en est pas moins fixé concernant l'importance de l'influence qu'exercent sur l'organisme les modifications chimiques qui ont lieu au sein de l'économie et qui agissent d'une façon particulière sur la substance nerveuse : c'est la seule et principale cause qui empoisonne les centres nerveux. De même que, dans la pathologie du système nerveux les toxines jouent un rôle prépondérant, de même dans le sujet qui nous occupe, ce n'est point le parasite palustre, mais bien ce sont les toxines sécrétées par cet élément qui constituent la cause pathogène des divers accidents nerveux qu'on observe dans le paludisme.

On sait que dans toutes les infections, les microbes peuvent influencer l'encéphale aussi bien que l'axe cérébro-spinal par la production de tuméfactions et d'hyperhémies secondées par l'accumulation du parasite dans les intervalles de la dure-mère. Cependant comme dans la syphilis et particulièrement dans la rage, dans le tétanos, dans la maladie pyocyanique et dans certaines myélites aiguës (maladies qui agissent tout particulièrement sur la moëlle épinière et dont l'agent spécifique demeure inconnu), on ne retrouve les microorganismes spécifiques qui donnent lieu à ces maladies, mais on fait l'hypothèse qu'il y a chaque fois un virus qui agit sur l'axe cérébro-spinal, comme aussi dans toutes les névrites infectieuses (la lèpre exceptée), on ne retrouve dans les troncs nerveux le microbe respectif, c'est tout à fait de la même façon que dans le paludisme on ne doit pas attribuer les troubles qui dépendent du système nerveux au parasite palustre lui-même, mais bien au virus sécrété par ce dernier.

Il est vrai que les premiers observateurs (Heschl, Planer, Frerichs, etc.) des troubles cérébraux en ont vu la pathogénie dans l'accumulation des grains de pigment au niveau des vaisseaux capillaires de l'encéphale, ou dans l'accumulation des hématozoaires palustres au même niveau (Laveran), ou dans les altérations anatomo-pathologiques des centres nerveux (Affanassiew, Kelsch et Kiener). Mais comment alors pourrait-on expliquer ces cas foudroyants d'accès pernicieux dans lesquels on ne trouve par l'autopsie ni les parasites palustres ni des altérations anatomo-pathologiques non plus ?

De tous les phénomènes nerveux, le délire est celui qu'on rencontre le plus fréquemment dans le paludisme. Bien qu'on le rencontre généralement chez tous les individus à développement organo-psychique complet ou incomplet, il paraît cependant qu'il a, certaines conditions données, une prédilection pour les personnes prédisposées aux états névropathiques. On sait aussi que l'infection, pour pouvoir se greffer sur un système ou appareil, exige que d'autres agents aient déjà préparé le sol à la culture : c'est ce qui est tout à fait valable en la circonstance. La doctrine de Charcot sur l'influence héréditaire des antécédents névropathiques, ainsi que sur l'influence du tempérament, de l'idiosyncrasie, des diathèses, de l'âge et de l'état des différents organes et appareils organiques, nous explique pourquoi chez des personnes prédisposées, chez les enfants et particulièrement chez ceux qui abusent des boissons alcooliques, on rencontre le plus fréquemment les troubles intellectuels relevant du paludisme.

C'est donc un fait indéniable qu'on rencontre dans le paludisme, tant aigu que chronique, tantôt des troubles sensitifs ou psychiques tantôt des troubles dépendant de l'organisme lui-même et dus à un état pathologique antérieur ou pour mieux dire au fonctionnement défectueux d'un organe ou d'un appareil de l'économie. Mais ce qui contribue principalement à l'exaltation de tel ou tel symptôme, ce n'est point l'infection palustre, c'est l'organisme, c'est le terrain lui-même, lequel comme une cause prédisposante a déjà préparé, d'une façon héréditaire ou acquise, l'organe ou l'appareil qui, de par sa moindre résistance, doit recevoir

(1) Galien. — On appelle *manie* (accès maniaque) en général l'aliénation mentale qui n'est pas accompagnée de fièvre et *phrenitis* (accès phrénitique ou délirant) les troubles intellectuels qui se produisent au milieu d'une fièvre plus ou moins indolente.

le plus fort coup. Or, supposant que le parasite palustre (lequel sans être phlegmogène peut cependant déterminer des congestions inflammatoires, passagères ou persistantes, du foie, de la rate, des poumons, des reins, ainsi que des hyperhémies de l'encéphale, des méninges et de la moelle épinière) évolue sur un terrain offrant une propathie ou comportant une tare héréditaire de tel ou tel organe ou appareil, on conçoit que cet élément y trouve sans doute un terrain favorable, une résistance organique atténuée, ce qui contribuera à coup sûr à la culture et à la multiplication du parasite. Ce dernier fait est capable d'éveiller une maladie localisée ou générale qui existait dans un état latent, ou d'exciter et d'exaspérer une maladie présente ou enfin de reproduire sous un tableau clinique particulier les manifestations que détermine son influence, d'une façon spéciale, sur tel ou tel organe, un appareil qui offrait une propathie. Aussi, ceux qui sont convalescents d'une dysenterie, s'ils viennent à attraper des accès de fièvre intermittente, voient-ils s'éveiller leur maladie, ainsi que ceux qui souffrent d'une néphrite chronique et qui se trouvent dans le stade de la rémission de la maladie, voient leur état empirer sous l'influence du retour des accès d'une fièvre intermittente. Que de fois le paludisme n'a-t-il éveillé et aigri des états tuberculeux ou autres états pathologiques qui existaient dans un état de rémission ou latent ? Comme cause prédisposante, le paludisme, par la profonde anémie qu'il détermine, n'éveille-t-il pas des névralgies antérieures, telles que les migraines, les sciatiques, les névralgies intercostales et celles du trijumeau ? Ne détermine-t-il pas aussi les névrites et les polynévrites ? Que de fois, chez des personnes prédisposées, d'une façon héréditaire ou acquise, à la névrosthénie, à l'hystérie ou même aux psychoses, le paludisme, comme cause prédisposante, n'a-t-il pas servi à provoquer la manifestation de ces névroses et de ces psychoses ? Loin de nier au paludisme la propriété de déterminer des complications du côté du système nerveux et des organes des sens, nous avançons sans crainte d'être démenti par qui que ce soit, que dans nos propres cas nous avons toujours et invariablement retrouvé, parmi les causes déterminantes, le refroidissement, la syphilis, l'alcoolisme, la dégénérescence, l'hérédité, etc., c'est-à-dire une prédisposition de l'organisme à tous ces accidents. Ici encore c'est le terrain qui conduit nos pensées, et nous n'adoptons point la manière de voir de ceux qui rangent parmi les complications du paludisme des orchites (Bertholo, *Archiv. de méd. mil.* 1887), Smith, Simond, (La ville Long-Tcheou, etc., *Archiv. de méd. nav.* 1895) des hydrocèles, Fayer (*Clinical and pathological observation in India*, page 513), des pneumonies franches, des pleurésies, des endocardites, des aortites, des angines, des péritonites, de l'asphyxie locale des extrémités et d'autres affections encore, dans lesquelles, quant à nous, au moins, nous ne voyons aucun rapport étiologique avec le paludisme. Nous ne reconnaissons au parasite palustre que la propriété de provoquer des hyperhémies simples : toutes les autres altérations pathologiques qui se produisent hors de cette sphere, nous les rattachons à la prédisposition de l'organisme. De la sorte, nous nous expliquons la multiplicité des altérations et la variété des symptômes que comportent d'une part les accès pernicieux, et, d'autre part, le paludisme chronique, sans désavouer pour cela l'influence quantitative et qualitative du miasme palustre établie par les expériences de Bein. En admettant donc la diversité de la constitution du terrain, nous attribuons aussi les névroses et les psychoses qu'on rencontre dans le paludisme à une prédisposition de l'organisme. En raison de la constitution favorable du terrain, ne voit-on pas les accès pernicieux se développer surtout dans l'enfance et sur des organismes affaiblis par les fatigues et les épuisements soit morbides soit moraux. Sur un terrain alcoolique, comme cela a été démontré par Abbote et Deléarde, ne voit-on pas toutes les affections microbiennes se développer avec des symptômes de beaucoup plus graves que chez des organismes sains ? Herman n'a-il pas établi au moyen du staphylococcus pyogène albus l'influence des variations organiques du terrain sur l'action des microbes pyogènes ? Le terrain donc représente pour le développement des psychoses la prédisposition de l'organisme dans des états névropathiques ; c'est cette dernière qui, selon notre avis, travaille presque toujours pour l'installation des maladies psychiques dans la marche du paludisme.

Régis, devant le Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Toulouse, entreprit de faire valoir l'identité de l'intoxication palustre et de l'intoxication alcoolique. Personne ne saurait nier la réalité de cet heureux rapprochement. En effet, par la comparaison des troubles psychiques et sensitifs avec ceux de l'alcoolisme, on y retrouve une telle ressemblance, qu'il devient parfois difficile d'établir une distinction entre ces deux intoxications, à moins qu'on ne se guide par les signes commémoratifs et l'aspect cachectique, qui est plus marqué dans le paludisme que dans l'alcoolisme. Le délire du paludisme, en dehors de cette dernière ressemblance, ne diffère point également de tous les autres délires toxiques, le malade, à cause de l'excitation pathologique des centres de la sensibilité spéciale, se trouve dans un état de songe ; l'état délirant est provoqué par les hallucinations seules. Nous rangeons donc le délire palustre parmi les délires des maladies infectieuses et des intoxications endogènes ou exogènes, et notamment à côté du délire alcoolique. Dans la comparaison de ces deux délires, avant que d'entrer dans les détails des aliénations alcooliques, nous examinerons avant tout et toujours comparativement la forme la plus simple de l'intoxication alcoolique, savoir l'ébriété ou l'ivresse.

Dans l'ivresse, de même que dans le paludisme aigu, il n'y a point de lésions inflammatoires ; seulement, il y a des troubles fonctionnels relevant de l'intoxication aiguë déterminés, d'une part, par l'alcool dans l'ivresse alcoolique, et d'autre part, par l'élévation de la fièvre dans l'ivresse palustre. Dans l'alcoolisme aigu ou l'ivresse alcoolique, suivant la résistance cérébrale, la qualité de l'alcool et les conditions physiologiques où se trouve le sujet, nous distinguons quatre degrés : *a*) la simple excitation de toutes les fonctions de l'organisme avec conscience des faits ; *b*) les troubles des fonctions intellectuelles avec du délire véritable, quelquefois ; *c*) l'état comateux, c'est-à-dire la suppression de toutes les fonctions intellectuelles et *d*) la période spasmodique. Dans l'ivresse palustre, suivant l'excitabilité de l'individu, son état prédisposant individuel et la quantité active du miasme palustre, nous distinguons également quatre degrés ; *a*) la céphalalgie, qu'on rencontre particulièrement chez les enfants et surtout chez les femmes, la sensibilité exagérée des organes des sens, le bavardage interminable qu'on observe chez certains individus, avec l'intégrité des fonctions intellectuelles ; *b*) l'augmentation de la céphalalgie, la perturbation du

*

système nerveux et les troubles des facultés intellectuelles, avec hallucination et délire, *c*) l'état comateux, et *d*) l'état spasmodique ou convulsif.

*
* *

L'ivresse palustre, de même que l'ivresse alcoolique, nous distinguons en somme en deux grandes catégories, l'ivresse pathologique et l'ivresse psychologique. Dans la première classe nous rangeons tous les troubles qui intéressent l'organisme lui-même, savoir les troubles organiques ; dans la seconde classe sont compris les troubles intellectuels ou psychiques. De même que dans l'alcoolisme aigu, nous distinguons également dans le paludisme qui vient à s'aigrir (accès pernicieux) l'excitation, l'anesthésie, le coma et la paralysie. Dans toutes les deux intoxications, sous un point de vue général, nous observons une congestion cérébrale intense, immobilité des pupilles (dilatation de préférence), parfois des tremblements spasmodiques des membres : après le réveil, un sentiment vague de malaise : amnésie de tout ce qui est passé durant l'accès. Quant aux troubles psychiques, il y a certains signes communs entre ces deux ivresses pathologiques. Délire de persécution, délire avec une violente excitation maniaque (furieuse) ; de la mélancolie et des pseudo-paralysies : voilà autant de troubles psychiques qu'on rencontre dans chacune de ces deux intoxications dans leur forme aiguë.

Jusqu'ici, le parallèle entre le paludisme et l'alcoolisme fut basé sur l'accès fébrile de la première de ces deux maladies ; pourtant, il y a en outre des troubles psychiques à noter durant les intervalles de l'apyrexie du paludisme ; ces troubles constituent le délire de la convalescence. Un délire semblable fut observé par Liebermann en Cochinchine ; Kelsch et Kiener en ont décrit un. De notre part également, nous avons relaté un cas pareil au sujet de l'accès comateux. (*Iatriki Proodos*, novembre, 1900). Chabal a décrit tout dernièrement ce délire. Ce délire, qui est rare dans les accès pernicieux et particulièrement dans l'accès comateux, se rencontre chez des sujets qui subissent durant l'accès une congestion intense des méninges. Il dure plus ou moins longtemps ; l'incohérence des propos et en général l'obscurcissement de l'intelligence persistent plusieurs jours après l'accès. Lieber et Kelsch et Kiener ont décrit un pareil délire qui a duré plus de sept jours après la disparition de la fièvre. Jovanow, de Smyrne, Léon (de Lima) et Chabal disent que ce délire, quoique rarement, peut pourtant durer des mois entiers en se produisant par intervalles, c'est-à-dire à la façon des accès palustres eux-mêmes.

Le délire palustre revêt trois formes, la forme subaiguë, la forme aiguë et la forme suraiguë. Dans toutes ces trois formes, le malade est plongé dans le sommeil et se livre entièrement à son rêve ; tantôt, on peut l'éveiller et voir que son intelligence s'illumine par moment ; tantôt, bien qu'on l'éveille, le malade a la pensée en confusion ; tantôt rien ne réussit à le faire sortir de son rêve. Les hallucinations les plus fréquentes sont celles de la vue, plus rarement celles de l'ouïe ; toutes les deux provoquent le plus souvent la terreur, l'étonnement, la peur ou l'extase. Le *délire subaigu*, dans le paludisme comme dans l'alcoolisme, est plus fréquent que toutes les autres formes et se présente avec beaucoup de rapports dans toutes ces deux intoxications. C'est un rêve qui se présente au milieu d'un sommeil agité et qui a souvent trait aux occupations habituelles du sujet. L'objet du délire est parfois une idée fixe autour de laquelle tournent avec persistance toute action, tout effort, tous les propos du malade ; c'est alors (particulièrement dans les accès pernicieux) que le délire subaigu, en raison de la violente excitation cérébrale, prend l'allure du délire aigu ou même suraigu qui est fréquent dans l'accès pernicieux phrénétique ou maniaque. Dans *le délire aigu*, la conscience est plus ou moins complètement obscurcie, les hallucinations sont changeantes et prennent les différentes phases d'un rêve avec des figures effrayantes et des actes incitatifs subits. Le malade, en butte à une idée fixe et surtout à une idée de peur et de persécution, se lève brusquement et avec un grand empressement, et si on ne lui oppose quelque obstacle, il va se jeter par la fenêtre ou par le balcon en se sauvant devant l'idée de la persécution, de la peur, de la terreur ou de l'étonnement. Dutroulau, Colin, Kelsch et Kiener, Didiot et plusieurs autres auteurs relatent des cas semblables dans le cours des accès pernicieux. Didiot surtout cite l'histoire d'un malade qui s'est jeté par la fenêtre dans le fleuve, non pour se faire tuer, mais pour se sauver de la persécution d'un ennemi imaginaire. Nous nous rappelons nous-même un malade qui, ayant l'idée fixe de la peur d'être frappé par un taureau imaginaire, faisait tous les efforts possibles pour se défendre contre les attaques de cette bête imaginaire. Colin (*Traité des fièv. inter.*, Paris 1870, page 241) rapporte qu'il a perdu un de ses malades qui, dans son délire de persécution, au cours d'un accès pernicieux, se jeta du haut du second étage et qui mourut instantanément par rupture de la rate.

Chabal distingue deux formes de délire aigu dans le paludisme, la forme dépressive et la forme agitée. Quant à nous, nous distinguons de plus une troisième forme, une forme mixte, la *forme dépressive et agitée en même temps*. Dans la *forme dépressive*, le malade ne peut plus se défendre contre les hallucinations, qui sont toujours malveillantes, menaçantes, effrayantes ; la volonté a perdu tout empire sur la pensée. Le malade offre l'aspect de la manie furieuse en passant ainsi de la forme aiguë à la forme suraiguë. Ségard (*Archiv. de méd. navale*, 1886) au cours d'un accès comateux, a vu, après le stade fébrile, le coma être suivi d'une folie aiguë avec des tendances érotiques qui a duré pendant trois jours. D'autres fois, nous avons le type du délire hypocondriaque, où domine le trouble des éléments psychiques et où les idées délirantes de la persécution, par des démons ou d'autres êtres imaginaires, tiennent le premier rang. Parfois encore, les malades sont pris de délire de destruction et ils ont peur d'être empoisonnés, ou, au contraire, ils recherchent la mort qu'ils provoquent soit par l'inanition volontaire, soit en se précipitant du haut d'une fenêtre ou d'un balcon.

La *forme agitée* est rapprochée par Chabal du délirium tremens, et Régis ajoute que, dans certains cas, la ressemblance entre ces deux états est telle qu'on ne pourrait aisément y poser le diagnostic différentiel. En effet, le rapport y est grand au point qu'une erreur diagnostique ne soit point improbable. La forme que nous, le premier, nous venons à soutenir, la forme du délire aigu avec dépression et agitation simultanées, est la seule, selon nous, qu'on rencontre particulièrement après l'accès fébrile. Cette forme n'a été qu'incomplètement décrite dans l'ouvrage sérieux de Kelsch et Kiener (*Maladies des pays chauds*, 1889). L'attitude du malade est tantôt triste, tantôt gaie ou méfiante, morne et rude, suivant les diverses hallucinations dont il est le jouet. Par intervalle, il survient des phases de confusion in-

tellectuelle, le courant des idées est incohérent et incompréhensible ; le malade exprime des idées délirantes intenses avec gestes. Il y a des moments où l'intelligence paraît comme s'éclaircir : le malade a toute la conscience des hallucinations qui se jouent de lui. Cependant, de nouvelles phases de confusion intellectuelle surviennent, de nouveaux accès se produisent tour à tour avec des hallucinations et des idées de grandeur, de persécution ou des idées religieuses. Cette forme, qui peut durer quelques jours ou quelques semaines, se termine par la guérison, toute idée délirante s'évanouissant lentement et progressivement, mais sûrement.

Forme suraiguë. Plus rarement, l'excitation cérébrale est plus intense et le délire se présente sous le type *suraigu* ou *maniaque* : ris, pleurs, sifflements, cris, menaces, agressions, mouvements violents, paroles confuses, destruction et déchirement des draps de lit et des vêtements, coups, mouvements brusques et convulsifs, agitations et rêves terribles avec hallucinations se suivant jusqu'au complet épuisement. La forme suraiguë est la plus grande expression du délire aigu du paludisme avec abolition complète des facultés intellectuelles et suppression des sensations. Après l'agitation furieuse, la respiration devient bruyante, stertoreuse, parfois même comme celle de Cheyne-Stokes et d'autres, sifflante chez des malades névropathes. Le pouls, qui est d'abord dur et lent, devient, dans la suite, rapide et faible en même temps que s'établit l'état léthargique complet et que survient la paralysie de la sensibilité et de la motilité. Les muscles masséters et l'œsophage se contractent souvent, les yeux se renversent, les pupilles se dilatent, les sphincters de la vessie et du rectum se relâchent, enfin, par suite de l'inflammation des méninges ou de l'encéphale, il y a des convulsions partielles ou cloniques et le malade meurt au milieu d'un coma très profond.

Une question très importante ayant du rapport avec notre présente étude sont les troubles psychiques qui apparaissent longtemps après le paludisme. Si les troubles psychiques qu'on rencontre au cours du paludisme chronique sont, pour nous au moins, assez rares, nous considérons encore plus rares, sinon discutables, toutes les autres psychoses qu'on dit se produire à un temps très éloigné de l'attaque du paludisme. Si dans les psychoses qui se produisent au cours du paludisme aigu ou chronique, nous admettons une prédisposition de l'organisme acquise ou héréditaire, nous ne pouvons d'aucune façon admettre un rapport de cause à effet entre le paludisme déjà guéri et les troubles psychiques qui pourraient se présenter trop longtemps après, c'est-à-dire après de longues années. Ce qui nous amène à cette manière de voir sur ce sujet, c'est que nous nions complètement l'existence des fièvres dites latentes qui surviennent, d'après Lemoine et Chaumier, comme un trait d'union entre ces phénomènes nerveux secondaires et le paludisme très éloigné dans le passé. Berthier et Kraeplin, avec beaucoup de raison, rattachent tous ces troubles psychiques ultérieurs à l'existence de la cachexie palustre chronique, laquelle, comme nous le disons ailleurs, peut provoquer différentes psychoses, parce que ce n'est que du paludisme dans sa manifestation la plus intense. Par conséquent, nous ne pouvons pas nous ajouter à l'opinion de Pasmackin et de Chabal, qui admettent l'existence des troubles psychiques relevant d'un paludisme guéri et datant depuis de longues années. En terminant notre étude sur les troubles psychiques que détermine le paludisme, nous tâcherons d'en résumer en peu de lignes les points principaux et d'appeler l'attention de nos confrères sur cette question si importante et qui ne fut pas encore étudiée d'une manière suffisante.

CONCLUSIONS.

1) Pendant les périodes hippocratique, alexandrine, gréco-romaine et transitoire, on ne parle point d'une façon particulière des troubles psychiques du paludisme : aucun auteur de ces temps-là ne consacre un chapitre à part pour l'étude de ces accidents. Seulement, pendant le dernier tiers du siècle passé on a commencé d'étudier d'une façon spéciale cette question capitale.

2) Parmi les troubles psychiques du paludisme il y a à distinguer : *a*) les troubles psycho-nerveux qui surviennent durant l'accès de la fièvre intermittente simple ; *b*) les troubles qui se produisent pendant les mouvements fébriles et les intermittences des accès du paludisme chronique ; *c*) les troubles psychiques observés au cours d'une fièvre rémittente ou d'un accès pernicieux ; *d*) les psychoses qui apparaissent au cours de la cachexie palustre.

3) De même que dans la pathologie du système nerveux, les toxines jouent un rôle prépondérant, de même dans le sujet qui nous occupe, ce n'est point le parasite palustre, mais bien ce sont les toxines sécrétées par cet élément qui constituent la cause pathogène des divers accidents nerveux qu'on observe dans le paludisme.

4) *Bien qu'on rencontre les troubles psychiques généralement chez tous les individus à développement organo-psychique complet ou incomplet, il paraît cependant qu'ils ont, certaines conditions données, une prédilection pour les personnes prédisposées aux états névropathiques.*

5) *Le paludisme peut éveiller des prédispositions morbides (neurasthénie, hystérie, psychoses) ainsi qu'une maladie locale ou générale qui existait en état latent ; il peut encore aigrir les maladies présentes.*

6) Le délire parapalustre ne diffère point des délires toxiques ; il prend place parmi les délires des maladies infectieuses et des intoxications endogènes ou exogènes.

7) Dans le délire du paludisme, le malade, à cause de l'excitation pathologique des centres de la sensibilité spéciale, se trouve dans un état de songe ; l'état délirant est provoqué par les hallucinations seules.

8) L'ivresse palustre se distingue en deux grandes classes : l'ivresse pathologique et l'ivresse psychologique. Suivant l'excitabilité de l'individu, son état prédisposant individuel, et la quantité active du miasme palustre, nous distinguons quatre degrés d'ivresse palustre ; *a*) l'excitation ; *b*) l'anesthésie ; *c*) le coma *d*) la paralysie.

9) Le délire palustre revêt trois formes : la forme subaiguë, la forme aiguë, et la forme suraiguë.

10) *La forme de la folie aiguë se rencontre aussi dans le paludisme, mais assez rarement.*

11) *En dehors de la forme dépressive et de la forme agitée du délire aigu parapalustre, nous distinguons une troisième forme, la forme dépressive et agitée en même temps, que l'on rencontre surtout après l'accès fébrile.*

12) *Nous tenons comme rares les troubles psychiques qui se produisent dans le cours du paludisme chronique, tandis que les psychoses qu'on a dit apparaître longtemps après la guérison du paludisme sont, selon nous, discutables en plus d'un point.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Presse et les Hôpitaux

Comme les langues du bon Esope, la Presse est à la fois ce qu'il y a de meilleur et ce qu'on peut trouver de pis. Elle dénonce les abus, exige la justice, force la main aux administrations routinières, qui sont plus enclines à cacher leurs défauts qu'à les corriger ; et préfèrent parfois laisser un crime impuni que de susciter un scandale. Mais à côté de ce rôle utile, combien de nouvelles hâtives, combien d'hypothèses téméraires, combien d'imputations graves et sans preuves sont trop légèrement émises, sans que le journaliste ait songé aux graves conséquences qui pourraient résulter de sa précipitation. Nous ne parlons ici ni des calomnies, ni du chantage, car nous ne voulons considérer que la presse honnête.

Ce double rôle tantôt utile, tantôt malfaisant, se manifeste plus particulièrement à propos des accidents trop fréquents, qui surviennent dans les hôpitaux. Nous ne sommes pas de ceux qui prétendent que l'hôpital doit être fermé, que ce qui s'y passe doit rester un mystère, ce serait trop l'assimiler à l'Enfer du Dante et dire à tout malheureux qui y entre de laisser à la porte toute espérance. Au contraire, nous pensons que l'hôpital doit être largement ouvert, que tout ce qui s'y passe doit être publié, qu'on peut y pénétrer le plus librement possible, autant que le permettent le repos des malades et le maintien du bon ordre. Nous sommes persuadés qu'ainsi la terreur de l'hôpital, qui règne et est entretenue surtout dans la classe indigente, s'atténuerait, et que la classe aisée aurait quelque pudeur à ne plus encombrer l'hôpital quand elle saurait qu'il lui est difficile d'y rester cachée. Nous ne désirons donc pas bannir la presse du chevet des malades, et nous pensons que tout ce qui se fait à l'hôpital, devant être exclusivement pour le bien des malades, peut s'y passer au grand jour. Mais notre souhait le plus sincère est que le journaliste qui s'intéresse à l'hôpital ne publie pas au hasard tout racontar sans l'élucider ; nous ne voudrions pas qu'il lançât hâtivement une nouvelle grave comme poussé par la crainte d'être devancé par un autre dans l'annonce d'un scandale à effet. Cette précipitation n'est pas digne de notre grande presse parisienne et nous regrettons vivement de la constater quelquefois.

Récemment, à la suite d'un accident peu grave en apparence, une dame B... était transportée à Beaujon. Elle dut y subir une opération après anesthésie selon la méthode d'injection intrarachidienne de cocaïne, méthode que l'on pratique chaque jour et qui a plusieurs milliers de fois fait ses preuves. Quelques jours après, la malade mourut. Un de ses amis, surpris de la brusquerie du décès, demanda une enquête. Rien de plus naturel ; mais la presse était avertie, un grand journal du matin publia plusieurs entrefilets et avant de connaître le résultat de l'enquête, prétendit d'abord que c'était un interne qui, en dépit des règlements, avait opéré la malade hors de la présence d'un chirurgien ; puis que cette dernière était morte empoisonnée par la cocaïne à la suite de l'anesthésie ; il fut encore plus loin : avec une compétence peu commune, il condamna cette méthode d'anesthésie et n'hésita pas à la doter d'un pourcentage de décès qui ferait frémir ceux qui, jusqu'à présent, n'ont obtenu, par ce moyen, que de bons résultats. L'enquête se poursuivit ; un médecin légiste fit l'autopsie et conclut à la mort naturelle. Malgré cela, le même journal affirmait d'après les témoignages recueillis parmi le personnel de l'hôpital « qu'à « la suite de l'injection intrarachidienne qui devait l'en- « dormir — opération excessivement dangereuse et « qui, quoi qu'on ait dit, réussit rarement *trois fois sur* « *dix*) — Mme B. a été prise de vomissements violents, ce « qui est la caractéristique de l'empoisonnement par la « cocaïne ». Et voilà une méthode jugée, et le public, dûment averti, pourra désormais discuter avec le chirurgien et lui indiquer au cas échéant ce qu'il aura à faire et le procédé qu'il devra choisir.

On est tenté de se demander comment un reporter a pu se renseigner et quel mobile l'a poussé à donner à un accident très malheureux, mais en somme assez fréquent, cette importance exceptionnelle. M. le Dr Lyot, chirurgien des hôpitaux, qui remplit à Beaujon les fonctions de chef dans le service où cet accident s'est produit, résout l'énigme. Il adresse une lettre au directeur du journal qui s'est occupé si vivement de cette affaire, et dans cette lettre s'étonne que le magistrat chargé de l'enquête ait « avant toute espèce de preuve, livré aux échos de la presse ses suggestions personnelles avec une étourderie voisine de l'inconscience. » Cette accusation est grave, nous espérons que le fait sera élucidé et que bonne justice sera rendue à qui de droit.

Cette histoire est de chaque jour, mais MM. les journalistes devraient avoir un peu plus conscience de la gravité de leurs imputations et du mal qu'en pareil cas ils peuvent inconsciemment faire. Il leur serait facile de se renseigner d'une façon plus précise avant de chercher à tirer des conclusions, de demander des explications aux intéressés, d'attendre, avant d'affirmer, le résultat d'une enquête et, au besoin, si la rapidité des informations l'exigeait, de se borner provisoirement à signaler les faits matériels qui ne peuvent être contestés. Ils s'éviteraient parfois le ridicule de juger au hasard des procédés thérapeutiques qu'ils ne peuvent apprécier et ne répandraient pas dans le public des opinions erronées qui peuvent être réellement nuisibles aux malades ainsi trompés.

Nous le répétons, le contrôle et la critique de la Presse nous paraissent utiles et bienfaisants, surtout dans les hôpitaux, mais à la condition qu'ils s'exercent avec quelqu'impartialité et un grain de bon sens.

J. Noir.

A propos de la blessure du Président Mac Kinley

En résumant, dans mon article précédent, ce que nous avaient appris les bulletins des chirurgiens traitants, je disais, après avoir mentionné la constatation des deux plaies de l'estomac et leur suture : « .... On ne retrouve pas le projectile, fort sagement on ne s'attarde pas à le rechercher, et l'on referme l'abdomen. »

Les termes du second membre de phrase rendent mal ma pensée, je ne sais pas comment je les ai laissés subsister tels quels dans mon texte avant de le livrer à l'impression, et je les aurais certainement changés si j'avais pu revoir moi-même les épreuves de mon Bulletin. Je crois bien me souvenir que j'avais écrit : on ne s'attarde pas trop.... ; mais, même sans l'omission du mot « trop », cela ne disait pas encore bien ce que je voulais dire brièvement. L'idée que je voulais exprimer en ces quelques mots mal venus était la suivante : « On n'a pas retrouvé la balle, — ou tout au moins son trajet au-delà de l'estomac, — et l'on a ensuite refermé le ventre ; mais je suppose bien qu'on l'a cherchée, que cette recherche a été convenablement faite, et que si l'on ne s'est pas acharné à la poursuivre davantage, c'est sans doute parce que l'on a jugé, à un moment donné, sa prolongation plus dangereuse que l'abandon du projectile et de son introuvable trajet ; et c'est cette éventualité que j'envisageais quand j'ai écrit que l'on avait fort sagement agi en n'insistant pas outre mesure sur ce temps de l'intervention. » Chacun comprendra, sans que j'aie besoin de la développer, toute la série des considérations diverses qui pourraient être mises en avant pour justifier cette idée, et personne, je pense, après l'explication corrective qui précède, ne se méprendra sur la portée de la réflexion que je m'étais laissé aller à intercaler dans mon résumé.

Ce faisant, je me mettais, à la vérité, en contradiction avec la suite de mon article où je disais que nous étions, quant à présent, trop insuffisamment renseignés sur le cas pour pouvoir le discuter, et qu'il y avait lieu de surseoir à toute appréciation de la conduite de nos confrères américains, jusqu'à ce que nous soyons en possession de l'observation complète. Mais, du moins, ma réflexion était-elle bien inoffensive, puisqu'au lieu d'être conçue dans un sens agressif, elle tendait, au contraire, à interpréter favorablement un détail important et litigieux de l'intervention, qui ne devait pas manquer de fournir matière à discussion et de susciter des critiques plus ou moins vives ; et dans ces conditions, je suis, ce me semble, excusable d'avoir, en faisant cette réflexion, oublié un instant la réserve que je prêchais.

Dans mon Bulletin dernier, je citais une correspondance critique envoyée par un confrère à un journal politique dès le lendemain de l'accident ; il y a eu certainement, dans la grande presse, d'autres articles dont je n'ai pas eu connaissance ; mais il en est un, tout particulièrement sensationnel, qui a paru dans l'*Eclair*, n° du 20 septembre, et qui ne peut être passé sous silence ici.

Dans cet article, intitulé : « Les causes de la mort de Mac Kinley », signé D[r] Z.. et inséré dans le journal en Premier-Paris, la conduite des chirurgiens qui ont soigné Mac Kinley est attaquée en termes très vifs, et très sévèrement blâmée. Nous ne pouvons analyser en détail le réquisitoire de notre confrère ; nous nous bornerons à en indiquer les points saillants. Le D[r] Z. raisonne en rapprochant ce qui a été fait, — ou, plus exactement, ce que nous connaissons de ce qui a été fait, — de l'intervention idéale à pratiquer en l'espèce, et l'idéal, c'était de faire une laparotomie large pour découvrir et suturer, après les deux plaies de l'estomac, l'orifice péritonéal postérieur, de faire ensuite une toilette soignée et complète du péritoine, et, enfin, de drainer, par une large contre-ouverture postérieure, le cul-de-sac au fond duquel le projectile était allé se perdre dans l'épaisseur de la paroi abdominale ; c'était là le seul parti à prendre, et à prendre dès la première heure, à moins que l'on ne se décidât pour l'expectation pure et simple. Or, il s'en faut de beaucoup que cet idéal ait été réalisé, comme nous le savons. Notre confrère conclut donc, et ici je cite textuellement : « L'opération telle qu'elle a été pratiquée sur M. Mac Kinley était, nous le répétons, inutile, puisqu'elle était incomplète......... Avant l'opération, on pouvait espérer quelque peu ; après l'opération, *la mort était certaine.* » C'est bien dur et bien absolu, étant donnée notre ignorance, jusqu'à présent, de nombreux détails importants de l'opération même et de ses suites.

Assurément, les bulletins successifs, entre les lignes desquels nous lisions pourtant nous autres, des choses que le grand public n'y pouvait discerner, nous laissaient, sur la conduite du traitement, des incertitudes, des étonnements, qui pouvaient engendrer des soupçons et donner l'éveil à la critique, toujours prête et prompte à se mettre en campagne. Mais que d'éléments d'information nous manquent encore pour nous permettre d'apprécier justement le cas en question ! Savons-nous comment a été faite la suture des deux plaies de l'estomac ? Non. Savons-nous si l'estomac était vide ou plus ou moins distendu par des matières alimentaires, notion importante au point de vue de l'infection du péritoine ? Non. Savons-nous quelle étendue on a donnée à l'incision de la laparotomie ? Non. On n'a pas retrouvé la trace du projectile derrière l'estomac ; qui dit qu'on n'a pas retrouvé quelque chose, dit qu'on l'a cherché ; savons-nous dans quelles limites on a poursuivi cette recherche avant d'y renoncer, pourquoi l'on s'est décidé à refermer le ventre malgré son insuccès ? Non..... etc., etc. Bref, je répète encore ce que je disais dans mon précédent Bulletin : attendons, pour juger, que nous ayons en main les matériaux complets de l'instruction, c'est-à-dire la véritable observation.

Les renseignements de détail commencent à nous arriver. Nous apprenons que les balles n'étaient pas empoisonnées ; des graphiques nous renseignent sur la direction des deux coups de feu ; et enfin une des dernières dépêches nous explique très simplement que si l'on n'a pas retrouvé la balle sur le cadavre, — ce qui nous stupéfiait, et ce dont notre confrère Z... disait, avec raison, que c'était un vrai comble, — c'est parce que la famille du défunt Président s'est opposée à ce que l'on complétât l'autopsie par la recherche du projectile. Et peut-être la suite des choses nous réserve-t-elle d'autres surprises qui viendront, comme celle-ci, anéantir certaines critiques prématurées. Donc encore, attendons.

Ch. H. Petit-Vendol.

REVUE DES MALADIES DE LA DIGESTION

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET

—

I. — Das Wachstum und die verbreitungswege des Magencarcinoms, vom anatomischen und klinischen Standpunkt, par BORRMANN (1).

Cet important travail de 360 pages, avec 16 tableaux et 21 figures, est dû au docteur Robert Borrmann, 1er assistant à l'institut anatomo-pathologique de Marburg. Le patient et consciencieux auteur s'est proposé de serrer de plus près, la solution de cette question controversée, savoir : si les tumeurs se développent d'elles-mêmes par croissance de leurs propres éléments et par la pénétration de ceux-ci dans les tissus voisins, ou au contraire, si les tissus voisins se joignent à la tumeur par accroissement analogue, par transformation en tissu de tumeur. Dans ce sens, M. Borrmann présente 63 examens histologiques de cancer gastrique, avec description macroscopique et microscopique, diagnostic histologique, et conclusions soulevées par chaque cas particulier. A cette partie spéciale succède la partie générale (p. 206), d'abord anatomo-pathologique (p. 206 à 317), puis clinique (p. 317 à 355). Cette étude a été faite à la clinique chirurgicale de Breslau ainsi qu'à la clinique privée de Mikulicz, pendant l'année 1890 jusqu'en mai 1900, où furent opérés 84 cas de cancer gastrique, dont 63 seulement furent propres à l'examen histologique. En somme plutôt des considérations cliniques tirées de l'examen anatomique post opératoire. Nous ne suivrons pas plus loin l'auteur dans les multiples interprétations qu'il tire de ses recherches si personnelles et si spéciales. Signalons simplement cette publication comme une très savante étude contributive, qu'apprécieront beaucoup les chirurgiens et histologistes.

II. — Ueber die Resorption der Eiweiskorper von der Scheimhaut des Dickdarmes nach Versuchen mit Thymusklystieren, par MOCHIZUKI (2).

Notre confrère Junichi Mochizuki, du Japon (Kioto), s'est livré à des recherches, à la clinique médicale de Gerhardt, sur la résorption des matières albuminoïdes par la muqueuse du gros intestin. Il semble bien que certains corps albumineux, tels, par exemple la caséine, ne sont, d'après les recherches de Brandenburg, résorbables qu'en très faible quantité : si bien que le *lait* ne convient pas très bien, à ce point de vue, et qu'il faut attribuer ses bons effets à sa consistance mucilagineuse et non excitante. Strauss (3) est arrivé aux mêmes résultats sur la résorption de l'*eurosine* dans les injections rectales.

De même Stüne a trouvé que les matières azotées de la *crème* sont si mauvaises que 74 % restent inutilisées. Vint l'idée d'introduire dans le rectum, des matières albumineuses déjà digérées, soit des *albumoses* et des *peptones*. Il résulte des expériences et essais de Voit et Bauer, de Kohlenberger (4), Brandenburg et Hupperz (5), tout nouvellement de Planteuga, que les différents mélanges d'albumoses sont bien résorbés. De plus, les lavements de peptone n'ont pas les désagréables propriétés qu'ont ceux des *œufs*, de provoquer une forte décomposition. Il semble aussi malgré l'opinion d'Ewald (6) et Unber (7), que l'albumine de l'œuf n'est absorbée qu'en faible quantité, d'après Czerny et Latschenberger (8), et Plantenga.

Toutefois, l'addition de sel de cuisine augmente l'absorption de l'albumine de l'œuf, ainsi que cela a été démontré pour l'œuf et différentes autres substances par Huber, Voit, Bauer, et Eichhorst : seuls Czerny et Latschenberger prétendent au contraire, que le chlorure de sodium entraîne la résorption de l'albumine.

Un faible emploi a été fait des albumines plus directes. D'après Eichhorst, l'albumine du *sérum du sang* n'est pas résorbée, mais la *myosine* est dissoute ! Le Dr Gnnichi Mochizucki, dont nous relatons ici le travail, prétend avoir démontré la résorbabilité de la *nucléoprotéide du thymus*. Sans détailler ici les recherches de notre confrère du Japon, donnons-en les conclusions, que voici :

1° L'albumine de la glande thyroïde fut bien résorbée par le gros intestin. On reconnut cette résorption à la propriété de la nucléoprotéide d'augmenter l'élimination de l'acide urique. Et celui-ci fut révélé par l'augmentation de la soude et de l'acide phosphorique dans l'urine.

2° La nucléoprotéide fut la cause de cette élimination surélevée d'acide urique, à l'exclusion des autres facteurs du même phénomène : augmentation des leucocytes ou désassimilation exagérée. Il est une autre conclusion corollaire, déjà indiquée par Weinrand. On sait que, dans les conditions normales des secreta et des excreta digestifs, et des cellules épithéliales et de revêtement, sont éliminées par l'intestin des substances à noyau, sur le nombre desquelles nous n'avons guère d'indication. Il semblerait que ces corps à noyau représentent la substance-mère pour une partie de l'albumine éliminée par l'urine.

III. — Untersuchungen über die digestiven Fahigkeiten des Dünndarsmsaftes, par SIMON et ZERNER (1).

Ces recherches sur les facultés digestives de l'intestin grêle sont de MM. Oscar Simon (de Carlsbad) et Th. Zerner. Depuis Corvisart et Claude Bernard, qui, les premiers révélèrent les propriétés digestives du suc pancréatique, de nombreux chercheurs se sont efforcés de déterminer l'intensité de l'action spéciale des différents ferments de cette sécrétion pancréatique, et d'étudier les conditions dans lesquelles ces forces disparates produisent le mieux leur action. La première de ces conditions pour obtenir une action fermentative maximum consiste dans une réaction convenable du mélange digestif. Les recherches de la plupart des auteurs furent faites avec des solutions de ferments, obtenues avec l'extrait glycériné de pancréas d'animaux, purifié et isolé d'après différentes méthodes. Par l'amélioration de la technique opératoire, on parvint assez tard dans la suite à expérimenter avec un suc pancréatique préparé physiologiquement. Toutes les conclusions concordent à ce fait, qu'il suffit d'une faible quantité d'acide minéral libre (Ewald Lindberger, Linossier) pour contrarier, puis annihiler dans son action le ferment diastatique et tryptique. Quant à l'influence des acides organiques, Hoffmeister soutient (2) que l'acide acétique libre augmente l'action diagnostique du ferment, et qu'une concentration de 0,05 % produit le maximum de sucre.

D'après Schepowowolnikow, la meilleure digestion s'opère dans un mélange de bile, de sucs pancréatiques et intestinaux, et MM. Simon et Zerner s'accordent à reconnaître une heureuse influence à la présence moyenne d'acides gras libres.

IV. — Du régime de transition entre le régime lacté absolu et l'alimentation normale chez les dyspeptiques hypersthéniques avec hyperchlorhydrie, par Albert ROBIN. *Bull. gén. de thérap.*, 1901, p. 710.

Les dyspeptiques hypersthéniques avec hyperchlorhydrie qui ont bénéficié du régime lacté absolu, ne doivent reprendre le régime commun que fort prudemment et par étapes. M. Albert Robin conseille trois étapes.

1re étape : Le matin à jeun, et le soir à 4 ou 5 heures, un demi-litre de lait par petites gorgées sans y joindre de médicaments : à 11 heures du matin et à 7 h. 1/2 du soir : soupes

(1) 1 vol. IENA, 1901, *Verlag von Gustav Fischer*.
(2) *Arch. fur Verdaungs-Krank*. 1901. Bd. VII, H. 3.
(3) *Charité Annalen*. XXII. 1895.
(4) *Munch. Woch*, 1896, n° 47.
(5) *Deut. med. Woch*. 1898, n° 20.
(6) *Zeitsch. f. Klin. Med*. Bd. 12, 1887.
(7) *Deutch. Arch. f. Klin. Med*. Bd. XXV. 1891.
(8) *Virchow's Arch*. Bd. 59.

(1) *Arch. f. Verdaungskr.*, *ibid*. p. 271.
(2) *Bericht über das Veterinarwesen im Kön. Sachsen* 1889 p. 156.

maigres mais sans beurre, pâtes alimentaires, nouilles, macaroni, tapioca, arrow-root, œufs à la coque, légumes cuits à l'eau et sans beurre (on peut néanmoins ajouter à table un peu de beurre frais), fruits cuits, un peu de pain grillé ; boire à ces deux repas un demi-litre de lait. Avant le repas de 11 heures et de 7 heures 1/2 prendre IV gouttes de la mixture :

Solanine	0 gr. 10
Acide sulfurique dilué par dissolution	0 gr. 09
Picrotoxine	0 gr. 01
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
— de cocaïne	0 gr. 03
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Yvon	1 gr.
Eau de laurier-cerise	12 gr.

(Mêler et filtrer).

Au milieu de ces deux repas, prendre un cachet de pepsine de 1 à 2 gr. A la fin, dans un peu d'eau un des paquets :

Lactose	āā 4 gr.
Magnésie calcinée	āā 4 gr.
Bicarbonate de soude	āā 4 gr.
Carbonate de chaux précipité	6 gr.

Diviser en 12 paquets.

Cette étape devra durer de 8 à 10 jours.

2e étape. On remplacera le lait aux repas par de l'eau pure ou une eau minérale indifférente, on y ajoutera du poisson cuit au court bouillon et toutes sortes de viandes, mais très cuites et sans sauces. Même médication. Cette étape durera de deux à dix jours.

3e Etape. Suppression totale du lait. Matin : petit déjeuner sec : pain, jambon froid, fruits cuits. Déjeuner et dîner comme à l'étape précédente, supprimer la médication sauf s'il survient des malaises : alors faire usage durant quatre jours des paquets déjà indiqués après les repas. Au moment des brûlures, douleurs, renvois ou sensation stomacale quelconque, donner un des gros paquets suivants.

Lactose	10 gr.
Magnésie calcinée	15 gr.
Sous nitrate de bismuth	āā 7 gr.
Craie préparée	āā 7 gr.
Codéine	0 gr. 05 centigr.
Bicarbonate de soude	10 gr.

Mêler soigneusement et diviser en 10 paquets.

J. N.

Suicide dans un hospice. — Un suicide vient de se produire à l'hospice de Viviers. Un pensionnaire, nommé Arsac, âgé de quarante-six ans, se trouvait dans la cuisine et causait avec une religieuse tout en se chauffant au fourneau. La religieuse étant sortie un instant, Arsac prit un gros couteau sur la table et se mit à se scier littéralement le cou. La religieuse, qui rentrait, voulut lui enlever le couteau des mains ; mais Arsac, la maintenant à l'écart, continua son épouvantable opération. Quand le personnel de l'établissement arriva, attiré par les cris de la religieuse, il lui fut impossible de désarmer Arsac. Celui-ci roula lourdement à terre, la tête presque détachée, et a expiré quelques instants après. (*Le Journal*).

Une voiture automobile, dans laquelle se trouvait le docteur [illegible], de Paris, a causé un accident, près d'Aix-les-Bains. Elle a renversé une septuagénaire, un peu impotente, qui n'a pu se garer à temps et qui a roulé sous les roues du véhicule. Elle a été tuée presque sur le coup (*Les Débats*).

L'alcoolisme dans l'armée. — Le commandant Driant, qui est à la tête du 1er bataillon de chasseurs, en garnison à Troyes, s'est piqué d'honneur de faire disparaître l'abominable fléau du [illegible] de ses troupes. Par ses conseils plus encore que par sa fermeté, il a obtenu un résultat exemplaire. A cette heure, sur un millier d'hommes, il n'a plus qu'*une punition d'ivresse par mois*. Une prime a été ménagée à nos petits chasseurs : la compagnie qui compte le moins de cas d'ivresse dans le cours d'une année a droit à des permissions supplémentaires. Celle qui en a récemment bénéficié n'avait compté que trois cas en 1900.

REVUE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Par **J. NOIR**.

I. — **Histoire des femmes médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours**, par Mélanie Lipinska. (Paris, Jacques, édit. 1900).

Mlle Mélanie Lipinska n'est pas une étrangère pour les lecteurs du *Progrès médical*, ils ont déjà pu apprécier son érudition en lisant son savant article sur « les femmes médecins à Rome » (*Progrès médical* du 27 avril 1899, page 276). *L'histoire des femmes médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours* est une œuvre considérable, où l'auteur établit par des faits le rôle important de la femme dans l'histoire de la médecine, rôle qui augmente à mesure que les préjugés ridicules disparaissent et que l'instruction des femmes est plus répandue.

La médecine eut d'abord un caractère sacerdotal très marqué. Les maladies étant considérées comme la conséquence de l'influence des mauvais esprits, il était logique d'employer pour les conjurer des prêtres doués d'une prétendue puissance surnaturelle. L'empirisme finit petit à petit par adjoindre aux formules magiques de la médecine primitive l'application de plantes utiles et de manœuvres efficaces. Chez les peuples les plus anciens comme chez les peuples peu civilisés où la médecine primitive se pratique, les femmes comme les hommes remplissent le rôle de médecins sorciers. Une fraction même assez importante de l'art médical reste leur propriété exclusive, l'obstétrique.

Après ces considérations sur la pratique médicale primitive, absolument semblable dans la haute antiquité à ce qu'elle est actuellement chez les peuples encore sauvages, Mlle Lipinska aborde dans une deuxième partie de son livre l'étude de la femme médecin dans l'antiquité. En *Egypte*, ancienne, la médecine était un mélange d'incantations et de sortilèges d'une part et d'applications médicamenteuses de l'autre, et les médecins étaient en même temps prêtres.

Les femmes remplissaient le même rôle et la Pythie de Delphes peut être considérée comme un type de femme médecin joignant souvent aux formules magiques d'utiles conseils. Isis qui, en Egypte, était la déesse de la médecine, avait des prêtresses douées d'une certaine habileté médicale.

Dans la *Grèce indépendante*, outre la Pythie, il existait des prêtresses médecins au temple d'Esculape à Epidaure, et un certain nombre de femmes, dont Médée, Hélène, Œnone et bien d'autres, passent pour fort habiles à se servir des poisons et des médicaments. Plus tard, en sortant de l'époque de la légende, l'on voit les femmes grecques s'occuper de philosophie, de sciences et de médecine. Pythagore compta des femmes parmi ses disciples et Hippocrate à diverses reprises parle des sage-femmes et des guérisseuses.

Pline l'Ancien, dans son Histoire naturelle, mentionne Olympia la Thébaine, Salpé, Sotira et Laïs, qui se seraient occupées surtout des maladies des femmes. Galien emprunte certaines formules à Eugérasie et à Antiochis, qui paraissent être non plus de vagues empiriques, mais de réelles femmes médecins. Il y eut même à cette époque des traités médicaux écrits par des femmes. Une Cléopâtre qui probablement ne fut pas la célèbre reine d'Egypte, écrivit un ouvrage sur l'ornement du corps donnant des recettes contre l'alopécie, la phtyriase, la gale, que Galien et Aétius citent à plusieurs reprises. Une Origénie se serait occupée des maladies du poumon. Une Aspasie, contemporaine d'Aétius, a publié des conseils sur les soins à donner aux femmes enceintes.

Enfin Metrodora écrivit sur les maladies des femmes un livre qui nous est parvenu et où elle s'occupe, non seulement des maladies de l'utérus, mais de celles de l'estomac et des seins.

Nous passerons rapidement sur les *femmes médecins à Rome* dont le *Progrès médical* a déjà publié l'histoire. Mlle Mélanie Lipinska démontre qu'il existait à Rome de vrais femmes médecins (*medicæ*) absolument distinctes des accoucheuses (*obstetrices*).

Au *moyen-âge*, en Italie, l'École de Salerne jetait un vif éclat. Les femmes y avaient accès et Trotula, au XI[e] siècle, y jouissait d'une réputation méritée. Cette Trotula, dont Renzi et Beaugrand ont établi l'existence et l'authenticité des œuvres, écrivit sur un grand nombre de maladies et cite à diverses reprises les « Mulieres Salernitæ » qu'elle considère comme des personnes de grande expérience.

Les barbares envahisseurs n'étaient pas non plus dépourvus de femmes médecins, les femmes qui s'occupent de médecine et de chirurgie sont signalées dans les Eddas et les Sagas. Les plus vieux poèmes de la chevalerie française parlent de médeciennes. La littérature allemande médiévale signale, comme les fabliaux français des jeunes filles et des femmes qui secourent et guérissent les blessés. Au XIII[e] et au XIV[e] siècles, les miresses ou médeciennes sont plus savantes et plus connues ; Geraud en 1292 en compte huit à Paris, dont il cite le nom. Mais à partir du XIV[e] siècle, le clergé français les persécute et les excommunie. La chirurgie était alors ouvertement pratiquée par les femmes puisque un des articles des statuts de l'Université de Paris défend au « Cyrurgicus aut cyrurgica » de passer les bornes de son métier. Il en est de même en Allemagne, en Angleterre et en Pologne. Dans ce dernier État, Elisabeth, sœur du roi Casimir-le-Grand, qui épousa Charles I[er] de Hongrie, jouissait d'une grande réputation comme médecin.

Le christianisme eut plutôt une attitude hostile à l'égard des femmes instruites. Nous voyons excommunier des femmes médecins dès le début du XIV[e] siècle. Néanmoins, la médecine se pratiqua dans les monastères de femmes et surtout dans les hôpitaux annexés à ces monastères. *Sainte Hildegarde* qui, au milieu du XII[e] siècle, fut supérieure de monastères des environs de Mayence, publia trois livres médicaux : *Liber simplicis medicinæ*, *Liber compositæ medicinæ*, *Liber operum simplicis hominis*, dans lesquels, parmi des recettes ridicules, on relève des observations d'une remarquable sagacité. Certains passages porteraient même à croire qu'elle se rendit compte de la circulation du sang.

Nous arrivons aux *temps modernes*, la femme médecin disparaît à peu près de toute l'Europe ; seule, l'Italie fait exception à la règle. C'est ainsi que nous voyons une célèbre anatomiste, Anne Manzolini, agrégée à l'Université de Bologne, dont elle devint titulaire de la chaire d'anatomie. Un peu plus tard, en 1780, Marie Petraccini devint docteur en médecine à Florence. Plusieurs autres dames italiennes conquirent à la fin du XVIII[e] siècle le titre de *dottoressa*, et Napoléon, de passage à Bologne en 1802, fut tellement surpris du savoir de Maria Dalle Donne qu'il institua pour elle une chaire d'obstétrique.

En *Espagne*, quelques femmes se distinguèrent dans les sciences médicales dès le début des temps modernes. Citons la comtesse Chinchon, femme du vice-roi du Pérou, qui au milieu du XVII[e] siècle introduisit le quinquina en Europe, mais si le rôle de la comtesse Chinchon fut dû un peu au hasard, on ne saurait en dire autant de *Oliva de Sabuco*.

Son livre, qui disparut, victime probable de l'Inquisition, fut réédité en 1728 à Madrid par le D[r] Martin Martinez et porte le titre : « Nouvelle philosophie de la nature de l'homme inconnue aux grands philosophes anciens, laquelle améliore la vie et la santé humaine, écrite et publiée par Mme Oliva Sabuco, née dans la ville d'Alcaraz ».

En France, au XVI[e] et au XVII[e] siècles, la Faculté de médecine de Paris empêcha les femmes de pratiquer la médecine. Elles continuèrent quelque temps à exercer la chirurgie, mais la Faculté intervint, réduisit la corporation des chirurgiens à subir ses lois et les chirurgiennes disparurent.

Malgré cela, quelques grandes dames, telles que la marquise Dauphin de Sartre, étudièrent au XVII[e] siècle la médecine par dilettantisme. Au XVIII[e] siècle, le goût pour les sciences se développa. Mme Fouquet en 1701 publia un livre sur les « Remèdes faciles et domestiques choisis et expérimentés » qui eut un grand succès, mais moins grand que l' « Avis aux mères qui veulent nourrir leurs enfants », par Mme L..., que l'on attribue à Mme de Rebours. Le goût de l'anatomie se développa au point que, dans une séance de l'Académie des sciences en 1771, où assistait le prince royal de Suède, Mlle Bihéron fit, au dire de Grimm, plusieurs démonstrations anatomiques. Mme d'Arconville publia à la même époque de remarquables travaux médicaux entre autres sur plusieurs points de la physiologie du cœur, sur la peste de Constantinople et un travail important intitulé : « Essai pour servir à l'histoire de la putréfaction ». Enfin, Mme Necker, qui tenta de réformer les hôpitaux français et publia un traité sur les « Inhumations précipitées », peut être encore considérée comme une des femmes qui au XVIII[e] siècle s'occupèrent avec le plus de distinction des sciences médicales.

En *Suisse* et en *Allemagne*, l'on vit au XVIII[e] siècle des femmes conquérir des grades dans les Universistés : par exemple, la doctoresse Dorothée Erxleben, protégée par le roi de Prusse ; Maris de Hilden, épouse du fameux Fabrice de Hilden, fut elle-même une chirurgienne distinguée et son habileté lui fit conférer le titre de citoyenne de Berne. En Angleterre, Mlle Stephens se distingua dans le traitement de la gravelle et Milady Montagne rapportait d'Orient et vulgarisait la pratique de la variolisation. En *Pologne*, Mme Halpir, née en Lithuanie et mariée à un oculiste allemand, devint doctoresse et se fit une réputation légendaire en Turquie, en Pologne et en Russie où se passa sa vie, des plus aventureuses.

Jusqu'alors, Mlle Lipinska n'a pas parlé des *sages-femmes* auxquelles elle réservait un chapitre à part. Elle y expose rapidement l'histoire de Louise Bourgeois, epouse de Boursier, sage-femme de Marie de Médicis ; de Justine Siegemund, sage-femme attachée à la cour brandebourgeoise vers 1786 ; de Marguerite du Tertre, veuve de la Marche, sage-femme de la ville de Paris et de l'Hôtel-Dieu qui publia en 1677 un petit traité remarquable ; de la sage-femme hollandaise, Mme veuve Cramer, née Schraders, qui découvrit les dangers du placenta prœvia ; de Mme Leboursier du Coudray, qui imagina de se servir du mannequin pour enseigner les manœuvres obstétricales.

La *grande Révolution* survint et fut l'origine du réveil des femmes. Nous voyons avec le XIX[e] siècle poindre et se développer le mouvement féministe. Arrêté par le Code de Napoléon, par la Restauration, où M. de Bonald proclame « que l'homme et la femme ne sont pas égaux et ne sauraient le devenir », le mouvement féministe se réveille en 1830, avec les Saint-Simoniens ; Laboulaye, Légouvé, Michelet sont féministes.

Parfois le féminisme affecte des tournures révolutionnaires et même excentriques avec Flora Tristan, les Icariennes et les Vésuviennes de 1848. Des journaux se fondent tels que la « Voix des femmes », dirigée par Gabrielle Soumet, G. Sand, Pierre Leroux, Victor Considérant, Jeanne Déroin, Pauline Rolland, dirigent la campagne qu'arrête le coup d'État. Nous nous bornerons à ces courtes indications sur le mouvement féministe auquel Mlle Lipinska consacre un long chapitre, s'éloignant un peu des femmes-médecins, mais avec une telle sincérité et une si grande érudition, qu'on le lui pardonne bien volontiers.

Pendant la première moitié du XIX[e] siècle, plusieurs femmes se sont illustrées dans les sciences médicales : M[me] Lachapelle à la tête du service d'accouchements de l'Hôtel-Dieu de Paris, fille d'un officier de santé, Dugès, et mariée à un chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Ce fut elle qui, après le décret de la Convention qui créa la Maternité, se chargea de l'organiser. Elle relata les résultats de son expérience dans deux ouvrages : « Observations sur divers cas d'accouchements » et « Pratique des accouchements » qui lui donnent le premier rang en obstétrique. M[me] Boivin, à la fois amie, élève et rivale de M[me] Lachapelle, dont elle fut même la victime, publia le « Mémorial de l'Art des Accouchements », en 1812, qui fut traduit en italien et en allemand. Très instruite, elle écrivit de nombreux traités et fit d'importantes traductions de travaux latins, anglais ou italiens, ayant trait à son art. L'Université de Marbourg lui donna le titre de docteur en médecine « honoris causâ ». En collaboration avec son parent, Dugès, professeur à Montpellier, elle fit

paraître en 1883, en deux volumes, le « Traité pratique des maladies de l'utérus et ses annexes ».

Sans égaler ces deux illustres françaises, trois allemandes méritent d'être signalées : Régine von Siebold, de Darmstadt, qui obtint de l'Université de Giessen le diplôme honorifique de docteur en obstétrique, Charlotte von Siebold, sa fille, qui épousa le Dr Heidenreich, et Thérèse Frei, née Hüter : ces deux dernières exercèrent encore à Darmstadt et eurent aussi le titre de docteur en obstétrique.

Nous ne saurions oublier la polonaise Marie de Colomb, née d'une famille protestante d'origine française, réfugiée à Varsovie après la révocation de l'Edit de Nantes. Ce fut cette femme intelligente qui fit entrer dans le domaine scientifique l'hydrothérapie employée empiriquement par Priessnitz.

Il serait injuste de ne pas citer les *femmes qui se distinguèrent en soignant les blessés* et les malades sur les champs de bataille. Mlle Lipinska leur consacre un chapitre. Parmi les nombreuses personnes de mérite dont elle énumère les services, retenons sœur Jeanne-Claire Massin, de Langres, qui refusa la croix que lui offrait Napoléon Ier, pour la faire donner à un soldat que l'on venait d'amputer ; Mme Vve Mazet, héroïque à Belfort, en 1813 : Mme Henriette Faber qui suivit la grande armée, travestie en homme, dont la vie aventureuse fut un roman des plus curieux : Françoise Klähr, de Vienne ; Mme Fichte, de Berlin, la femme du philosophe, la veuve Schöfer, de Colberg, héroïques allemandes ; Clémentine Hoffmann, la célèbre éducatrice des femmes polonaises et Claudine Protocka en Pologne ; une les dépasse cependant toutes sinon par le dévoûment, du moins par l'intelligence, c'est Miss Florence Nightingale, ce fut elle qui organisa péniblement, malgré la sourde inimitié des officiers supérieurs, les secours aux blessés de l'armée anglaise durant la campagne de Crimée. Ce fut elle qui créa à l'hôpital de Saint-Thomas la première école d'infirmières, en 1856, d'où se répandirent dans tous les hôpitaux anglais ces « nurses » si habiles, si soigneuses et si instruites. Le principal ouvrage que laissa Miss Nightingale est intitulé « Notes on nursing » et traite des soins à donner aux malades ; il a été traduit dans presque toutes les langues.

Aux *Etats-Unis*, le féminisme trouvait un terrain tout préparé. Lucy Stone, épouse d'Henri Blackwell, défendit avec acharnement l'émancipation des nègres et des femmes : sa belle-sœur Elisabeth Blackwell, née à Bristol, après des démarches innombrables et sans se rebuter aux refus humiliants qu'on ne lui ménageait pas, parvint à se faire ouvrir les portes de la Faculté de Genève (Etat de New-York) et devint en 1849 docteur en médecine. Ce fut la première femme docteur des Etats-Unis. Après un voyage de perfectionnement en Europe, elle vint s'installer à New-York, parvint, malgré l'hostilité de ses confrères, à y fonder un dispensaire qui devint une florissante institution appelée : « New-York Infirmery and collège for women ». Les deux premiers médecins de son hôpital furent sa sœur Emily Blackwell et Marie Zakrzewska qui furent après elle les premières femmes docteurs d'Amérique. L'exemple donné, les Américaines prirent goût à la médecine ; en 1850 un collège médical pour les femmes, s'ouvrait à Philadelphie, malgré l'hostilité peu courtoise des étudiants, mais la persévérance eut raison des préjugés hominístes et en 1890, il existait aux Etats-Unis, 5 collèges médicaux réservés aux femmes et 114 collèges mixtes où elles étaient admises et respectées.

Ce fut en *Russie* que débuta en Europe le mouvement féministe qui poussa les femmes vers les études médicales. L'épouse d'Alexandre II fonda en 1857 un lycée de filles dont les élèves suivirent ensuite l'Université. Certaines eurent accès au cours de l'Académie de médecine. Mme Roudneva fit ses études en Russie et fut donner officiellement ses soins aux femmes mahométanes des Kosaks-Bachkirs. Mais l'Etat russe supprima cette autorisation en 1862 et les étudiantes russes émigrèrent à Zurich, où elles furent bien accueillies : jusqu'en 1873 où le tsar lança un ukase interdisant aux femmes russes d'étudier à Zurich, sous peine de bannissement, Zurich, Berne, Genève, Lausanne, admirent des étudiantes en médecine.

En *France*, Mme Madeleine Brès fit dès 1866 une démarche auprès du doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. Wurtz, pour obtenir le droit de faire des études médicales. M. Wurtz fit étudier la question par le Dr Dureau, bibliothécaire, qui conclut que rien dans les lois et règlements ne s'opposait à l'admission des femmes. Mme Brès fut admise, une fois pourvue de ses baccalauréats en 1868. Elle avait été dévancée par Mis Puttnan, américaine, Miss Garett, anglaise, et Mlle Goutcharow, une russe, qui avaient obtenu leur admission avec les équivalences aux baccalauréats. A cette époque, la question de la femme-médecin fut l'objet de vives polémiques. Des objections nombreuses furent posées dans l'*Economiste français* par le Dr Delasiauve, par Jules Duval, Mme Gaël (Augustine Gérault) y répondit victorieument. Mme Brès qui, durant la campagne de 1870, remplit avec talent et dévouement les fonctions d'interne, se vit refuser, par principe, en 1871, le droit de concourir à l'internat des hôpitaux de Paris. Les internes rédigèrent en 1884 une pétition pour s'opposer à l'admission des femmes au concours de l'internat. Ils étaient appuyés par un certain nombre de leurs chefs. Une protestation de professeurs, d'agrégés, de médecins et de chirurgiens des hôpitaux suivit. Au bas de cette protestation, qui faisait justice de l'étroitesse des objections des antiféministes, nous sommes heureux de relever les noms des Prs Charcot, Fournier, Duplay etc. et de MM. Raymond, Landouzy, Déjerine, Brissaud, Maygrier, Paul Bert, A. Gautier, R. Blanchard et bien d'autres. Malgré cela, la Société de chirurgie et la Société médicale des hopitaux émettaient des vœux contre l'internat des femmes, qui pourtant pouvaient aborder l'externat, malgré l'appui de Verneuil et de M. Landouzy. En dépit de ces vœux, le conseil municipal de Paris vota un ordre du jour de M. Piperaud en faveur de l'internat des femmes et un arrêté du Directeur de l'Assistance, M. Peyron, autorisait l'admission des femmes au concours de l'internat (31 juillet 1885). Au prochain concours Mlle Klumpke (depuis Mme Déjerine) et Mlle Edwards (depuis Mme Pilliet) obtenaient l'une le titre d'interne, l'autre celui d'interne provisoire. La cause des femmes médecins est donc depuis longtemps gagnée en France. Constatons cependant avec regret qu'on borne leur carrière à l'internat et regrettons qu'en 1886, un ministre républicain, M. Goblet ait érigé en principe l'interdiction aux femmes pourvues du diplôme indispensable de se présenter à d'autres concours (concours du clinicat ; demande de Mlle Mesnard, de Bordeaux).

En *Angleterre*, la lutte fut encore plus vive et plus complexe ; les étudiants furent encore moins courtois qu'en Amérique et en France, pour ne pas dire plus. Malgré l'appui d'hommes comme Darwin, Huxley, Murchison, Tyndall, les femmes ne purent triompher à Londres, ni à Edimbourg. En dépit de l'énergie déployée par Mlle Garett et Mme Jex Blake, le Parlement repoussa un bill en leur faveur. Les féministes ne se découragèrent pas, une école spéciale de médecine fut ouverte en 1877 à Londres, un hôpital fut fondé, des transactions eurent lieu avec d'autres hôpitaux qui admirent des étudiantes, et le Parlement vota l' « Enabling bill » qui, sans le leur imposer, permet aux jurys d'examens médicaux de conférer le diplôme aux femmes.

La plupart des autres pays ne firent pas trop d'opposition ; En *Belgique*, la chambre des députés a, par un vote, en 1890, consacré le droit de la femme d'exercer la médecine et la pharmacie. *En Hollande*, dès 1870, la faculté de médecine fut ouverte sans discussion aux étudiantes. En *Italie*, le règlement du 11 octobre 1875 met à ce sujet les deux sexes sur le pied d'égalité. En *Suède* le gouvernement prit en 1870 l'initiative sans aucune agitation préalable. Il en fut de même en *Danemark* en 1875. En *Finlande*, l'empereur Alexandre II ordonna à l'Université d'Helsingfors d'admettre à ses cours des jeunes filles. En *Pologne*, de nombreuses femmes s'adonnèrent aux études médicales, bien que le gouvernement russe leur ait retiré le droit de passer les examens officiels et ne

leur accorde encore que fort rarement le droit de pratiquer. En *Portugal*, l'étude de la médecine ne fut permise aux femmes qu'en 1886 et elle resta toujours interdite en Espagne, tandis qu'au Mexique on recevait en 1887 une femme docteur.

Dans la dernière partie de son livre, Mlle Lipinska expose les *dix dernières années de l'histoire des femmes médecins*. C'est le succès en Hongrie d'abord, puis en Autriche, ce sont des progrès partiels en Allemagne qui font espérer avant peu l'admission complète des femmes aux Universités ; c'est l'égalité complète en Russie entre les médecins, hommes et femmes ; c'est en France la disparition progressive et bientôt complète de tous les préjugés à l'égard des femmes docteurs. C'est en Angleterre, en Suisse, en Belgique, en Italie, en Portugal, en Bulgarie, en Roumanie, en Grèce, aux Etats-Unis, au Canada, en Australie, le triomphe progressif du féminisme.

C'est enfin dans les pays orientaux, où les mœurs et les religions cloîtrent la femme et ne permettent pas aux médecins hommes de la soigner, un nouvel élément de succès pour l'humanité et la civilisation.

Après ce compte rendu, chaque lecteur pourra juger, imparfaitement il est vrai, l'œuvre de Mlle Mélanie Lipinska. Après avoir pu nous rendre compte par la lecture si attrayante de son livre de l'énorme somme de travail, des recherches sans nombre, qu'il a nécessitées, il nous déplairait de lui adresser des éloges banals, qui seraient toujours bien au-dessous de son mérite. Contentons-nous de dire que son histoire des femmes médecins n'a pas été écrite avec l'indifférence ordinaire de la plupart des écrivains, qu'elle y a mis le feu, l'enthousiasme d'une femme de valeur, qui en a conscience et qui veut faire rendre justice à toutes celles qui comme elles ont brûlé du feu sacré du féminisme scientifique.

II. — Les femmes médecins d'autrefois, par Marcel BAUDOUIN, (Inst. intern. de Bibliographie, 1901).

M. Marcel Baudouin avait eu l'ingénieuse idée de célébrer par la publication de son ouvrage le Cinquantenaire du triomphe d'une idée, c'est-à-dire l'entrée régulière des femmes dans l'étude des sciences médicales et dans la pratique de la médecine ; ce cinquantenaire tombait le 23 janvier 1899, car ce fut le 23 janvier 1849 qu'Elisabeth Blackwell fut reçue docteur.

Des circonstances indépendantes de sa volonté empêchèrent M. Marcel Baudouin de publier son ouvrage, qui devait comprendre deux parties distinctes : 1° des notices bibliographiques des femmes médecins d'autrefois et des principales docteresses en médecine de l'époque moderne ; 2° une étude psychologique et sociologique internationale sur la femme médecin basée sur les documents publiés dans la première partie.

Sous le titre de « Femmes médecins d'autrefois » M. Baudouin publie le premier volume de la première partie. Parmi les notices bibliographiques les plus intéressantes signalons, à l'époque grecque, celle d'Agnodice, d'Athènes, sage-femme experte (1er S. av. J. C.) ; à l'époque romaine, la notice de Vibia Primilla (Ve S.), avec un fac-similé de sa pierre tumulaire d'après une photographie faite au Musée de Berlin. Remarquons l'intéressant chapitre qu'il consacre à Trotula de Ruggiero, épouse de Platerius de Salerne, (XIe S.).

L'histoire des plus bizarres d'Henriette Faber qui, sous un déguisement masculin, exerça la médecine à la Havane sous le nom de Henry Faber, en 1820 et fut condamnée, pour s'être mariée, à dix ans de réclusion, excitera la curiosité des lecteurs.

Parmi les femmes modernes, nous avons été surpris de voir citer Mme Boivin et de voir omettre Mme Lachapelle, M. Baudouin l'explique en disant qu'il n'a voulu mettre dans cet ouvrage que les sages-femmes ayant eu le titre de docteur « honoris causâ », se réservant de publier un volume spécial sur les sages-femmes célèbres. Cette distinction nous paraît un peu subtile, sans vouloir diminuer en rien la grande valeur et le haut mérite de Mme Boivin, nous ferons remarquer qu'elle fut l'élève de Mme Lachapelle et que le titre de docteur honoraire que lui délivra l'Université de Marbourg n'est guère une raison suffisante pour la classer en dehors des sages-femmes. Mais ceci est une petite critique de détail.

Le livre de M. Baudouin sur les femmes médecins d'autrefois est en somme un recueil de documents des plus intéressants et des mieux choisis. Edité avec art, il contient en outre neuf belles photogravures qui ajoutent à l'agrément de la lecture du texte ; souhaitons que ce premier volume d'un ouvrage sur les femmes médecins soit suivi de nombreux autres.

VARIA

LES ÉPIDÉMIES

La Peste à Marseille à bord du « Sénégal ». — Le paquebot le « Sénégal », des Messageries Maritimes, partait le 4 septembre de Marseille pour la Syrie et la Palestine, ayant à bord cent quatre-vingt-six touristes, dont quarante dames. Ce paquebot était affrété par le Comité des croisières de la Revue générale des sciences pures et appliquées. Parmi les passagers, on remarquait dix-neuf médecins, dont le Dr Bucquoy, de l'Académie de Médecine, et des membres de l'Institut tels que MM. R. Poincarré et Picard. Le navire avait eu un faux départ ; après avoir levé l'ancre, il avait dû revenir au port, certaines formalités d'ordre administratif, peut-être sanitaires, n'ayant pas été remplies. Au bout de peu de temps, un matelot tomba malade, puis à la première escale, Ajaccio, le second maître du bord fut atteint de la même maladie que l'on reconnut être la peste bubonique.

Le navire revint à Marseille où il fut, le 18 septembre, retenu dans les eaux du Frioul. Les malades furent recueillis à l'Hôpital de Ratonneau et les passagers mis en quarantaine au lazaret du Frioul. L'examen des rats capturés sur le bateau ne laisse pas de doute sur la nature de la maladie. Le second maître a succombé et l'on n'a pas constaté de nouveaux cas depuis l'établissement de la quarantaine. Le paquebot le « Sénégal » a sans doute rapporté la peste d'Alexandrie où il a fait escale il y a un mois.

La Peste à Naples. — On a reçu de Naples une plus grave nouvelle, la peste y aurait été constatée à partir du 23 septembre. « Le total est de douze cas, dit le *Matin*, survenus exclusivement parmi le personnel de portefaix travaillant au Punto-Franco, qui semblent avoir eu contact avec des marchandises provenant de localités infectées. Les autorités locales ont pris immédiatement les mesures prophylactiques les plus énergiques. On a isolé les malades de leurs familles et de tous les individus ayant eu des rapports avec eux. On a, en outre, isolé tous les cinq cents ouvriers travaillant au Punto-Franco. On a procédé et on procède à des désinfections très soigneuses des magasins du Punto-Franco et des environs, à la désinfection des maisons des malades ; on brûle leurs effets ; on détruit, dans les égouts et les magasins, les rats, au moyen de gaz asphyxiants. Grâce à ces mesures et à l'envoi sur place de médecins compétents, on espère arriver à circonscrire et à vaincre l'épidémie qui, jusqu'ici, a épargné la ville proprement dite ». Mais cela n'empêche pas que les dernières dépêches annoncent déjà cinq décès le 26 septembre et qu'étant donné l'état hygiénique de certains quartiers de Naples, les mêmes craintes doivent exister en Europe que lors de l'epidémie de Porto.

La petite vérole à Londres. — L'*Agence Havas* annonce que la petite vérole fait de rapides progrès à Londres : cela suffira-t-il à convertir les antivaccinateurs qui ont fait si fâcheusement de si nombreux adeptes en Angleterre.

La rougeole et la coqueluche au Transwaal. — D'après l'agence *Paris-Nouvelles*, la rougeole et la coqueluche feraient les plus grands ravages dans les camps de concentration où sont parqués les femmes et les enfants des Boers belligérants. Les autorités anglaises avoueraient pour le camp d'Irène, le mieux organisé, une mortalité effrayante de 24 pour 100.

Un Institut de médecine appliquée.

On sait qu'un conseiller municipal de Paris a demandé à la Ville de Paris la création d'un Institut municipal de médecine appliquée. L'idée n'est pas neuve. Depuis décembre 1900. existe à Langenbeck, en Allemagne, un comité des cours de perfectionnement pour les médecins praticiens. Son but est de créer des cours destinés à procurer gratuitement aux médecins de Berlin et des environs des connaissances essentiellement pratiques dans les différentes branches de la médecine, et à les entretenir des récents progrès réalisés sous ce rapport. Tous les médecins sont appelés à suivre ces cours, moyennant une simple rétribution de deux marks représentant les frais de bureau et de délivrance de cartes. Depuis, le comité, avec l'appui du ministère de l'instruction publique, a pris une plus grande importance. Aujourd'hui, il est en pleine prospérité et comprend dans son sein des représentants du ministère, des membres de la direction de la charité, un membre des hôpitaux, un membre de la Chambre médicale et un magistrat (*Le Journal*).

La jurisprudence des accidents du travail.

La jurisprudence des conséquences des accidents du travail se complète tous les jours. Tout récemment le tribunal de Lyon a rendu un jugement des plus intéressants sur un point très délicat. Voici le fait tel que l'expose une correspondance du *Journal*, envoyée de Lyon à la date du 22 septembre :

Un ouvrier, M. Chaussade, avait été blessé à l'œil, sur un chantier de M. Moulin, entrepreneur. Comme ouvrier paveur, il a été établi que son salaire annuel pouvait être fixé à 1.260 francs. Les médecins qui examinèrent son œil déclarèrent que l'incapacité de travail pouvait être évaluée à 20 % : d'où la rente, égale à la moitié de l'incapacité, pouvait être évaluée à 126 francs, la blessure étant permanente.

Seulement les docteurs, dans leur rapport, indiquaient qu'en pratiquant une opération simple, qu'ils considéraient comme indispensable, « l'iridectomie », l'incapacité de travail de Chaussade ne serait plus que de 10 %. Chaussade refuse et réclame 20 %. Le jugement qui intervint alors est ainsi conçu sur ce point, — le seul intéressant pour nous :

« Attendu qu'il n'appartient pas à l'ouvrier, en se faisant juge du traitement à suivre et en refusant de se soumettre aux moyens de guérison prescrits par la science, d'aggraver volontairement le dommage résultant de l'accident ; qu'il est permis de dire, en se fondant sur le rapport précité, que Chaussade est maître de réduire à 10 %, son incapacité ; qu'il y a donc lieu de fixer à ce chiffre le degré d'incapacité réellement subie par le fait de l'accident ; que, d'ailleurs, si Chaussade, ayant subi l'opération, les prévisions des médecins ne se trouvaient pas réalisées, l'ouvrier aura toujours la faculté de demander la revision ; et, par ces motifs le tribunal fixe la rente à 63 francs. »

La lutte contre la tuberculose.

La société de Secours Mutuels des instituteurs du Pas-de-Calais, sur la proposition de M. Leune, a émis le vœu :

« 1° Que les sociétés de secours mutuels des instituteurs et des institutrices de France s'unissent pour créer et entretenir des sanatoria à l'usage de ceux de leurs membres atteints de tuberculose ; 2° qu'il soit fait appel à ce sujet au concours de l'Etat, des départements, des communes et de toutes les personnes amies de l'enseignement ; 3° qu'une assemblée générale formée des instituteurs et des institutrices de France se réunisse à Paris en septembre prochain, en vue d'établir l'entente des sociétés et de rechercher les voies et moyens propres à assurer la réalisation de l'œuvre de solidarité dont il s'agit.

Cet appel, selon la *Petite République*, a été entendu. Et les délégués de toutes les Sociétés de secours mutuels d'instituteurs et d'institutrices se sont réunis à la Sorbonne, dans l'amphithéâtre Michelet, pour étudier les moyens à employer pour créer des sanatoria d'instituteurs tuberculeux.

D'autre part le *Journal* du 25 septembre annonce que M. Pierre Baudin, ministre des travaux publics, vient d'adresser aux Compagnies de chemins de fer une circulaire afin de leur indiquer les moyens les meilleurs pour combattre la propagation de la tuberculose parmi leur personnel. La sélection résultant de l'examen médical, qui est la condition essentielle de l'admission dans le personnel des Compagnies, a pour premier effet de réduire au minimum le nombre des agents atteints de cette maladie. Pour ceux, néanmoins, qui sont frappés après leur entrée en fonctions, le ministre des travaux publics rappelle les mesures déjà en vigueur sur certains réseaux, comme, par exemple, toutes les fois où il est possible, la substitution du travail en plein air au travail de bureau. Il insiste, en outre, pour que les Compagnies, sans entreprendre la construction de sanatoria spéciaux, dont la nécessité n'est pas démontrée, apportent leur concours pécuniaire aux sanatoria en voie de création ou dirigent sur ceux déjà existants, aux frais de la caisse de secours, les agents malades.

Troisième Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. (*Session de Nantes*, 23-28 *septembre* 1901.)

Le Congrès a ouvert ses séances le lundi 23 septembre à 2 heures, au Palais de la Bourse, où le maire de Nantes, M. Saradin, a souhaité la bienvenue aux Congressistes et a exposé dans un discours fort applaudi les efforts faits par la ville de Nantes dans la voie de l'hygiène. M. Sevestre, président, a remercié le maire de Nantes et a montré la raison d'être du groupement en un même Congrès de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie, qui ont pour but la puériculture. M. le Pr Queirel a rappelé les travaux des médecins bretons et rendu justice à Lejumeau de Kergaradec, l'inventeur de l'auscultation obstétricale. Enfin M. Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine, a salué le Congrès au nom de cette dernière.

FORMULES

XIV. — Contre l'hypochlorhydrie des chlorotiques et des neurasthéniques.

Sommités d'absinthe	ãã 25 gr.
Chamaledris	
Racine de gentiane	
Ecorce d'orange amère	
Racine de rhubarbe	
Aloès du Cap	ãã 5 gr.
Ecorce de Cascarille	
Alcool à 60°	1.000 gr.

(Elixir de Stoughton).

Une cuillerée à café 1/2 heure avant le repas dans un peu d'eau. Cesser après cinq ou six jours durant deux ou trois jours, puis en refaire usage en alternant avec le bicarbonate de soude avant le repas et l'acide chlorhydrique après.

(Liégeois).

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 8 septembre au samedi 14 septembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,081 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 399, illégitimes 139. Total 538. — *Sexe féminin* : légitimes, 406, illégitimes, 137. Total, 543.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 8 sept. au samedi 14 sept. 1901, les décès ont été au nombre de 762, savoir : 401 hommes et 361 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 4 F. 4. T. 8. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 2, F. 2, T. 4. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 8, T. 11. — Diphtérie et Croup : M. 3, F. 9, T. 12. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 1, F. 2, T. 3. — Tu-

berculose des poumons : M. 78. F. 58, T. 136. — Tuberculose des méninges : M. 4. F. 4, T. 8. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 2, T. 10. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 24. F. 27, T. 51. — Méningite simple : M. 7, F. 2, T. 9. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 18, F. 20, T. 38. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 34, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 3, T. 8. — Bronchite chronique : M. 6, F. 3, T. 9. — Pneumonie : M. 10, F. 10, T. 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 26, F. 23, T. 49. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 7, F. 3, T. 10 ; autre alimentation : M. 20, F. 21, T. 41. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 4, F. 0, T. 4. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 5, F. 2, T. 7. — Hernies, obstruction intestinale : M. 5, F. 1, T. 6. — Cirrhose du foie : M. 5, F. 3, T. 8. — Néphrite et mal de Bright : M. 13, F. 12, T. 25. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 6. T. 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F, 0, T. 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10, F. 16. T. 26. — Débilité sénile : M. 7, F. 21, T. 28. — Morts violentes : M. 38. F. 16, T. 54. — Suicides : M. 24, F. 11, T. 35. — Autres maladies : M. 54. F. 39, T. 93. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 59, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 23, illégitimes, 10. Total : 33. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 10. — Total : 26.

Distinctions honorifiques. Légion d'honneur : Sont nommés : *Officiers.* — MM. les docteurs Annesley et A. Cordier (médecins de l'armée active).

Chevaliers. — MM. les docteurs Parès (de Rivesaltes) ; Bazin, Chêne, Géhin, Loison, Ricoux, J.-M.-A. Vincent (médecins de l'armée active) ; Marmey (médecin des troupes coloniales) ; Roudouly (médecin de l'armée territoriale) ; C.-H. Laville (médecin en mission en Chine).

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Graux, Saint-Hilaire (de Paris) ; Godard (de Mamers) ; Pioger (d'Asnières) ; Sevène (de Mont-Louis).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Azéma (d'Aurignac) ; Bloch (d'Auxonne) ; Boyt (de Lamastre) ; Dubois (de Langres) ; Martin (de Saint-Etienne-les-Orgues) ; Pamart (de Noisy-le-Grand) ; Thomas (du Raincy).

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'or.* M. le docteur Salanoue-Ipin (médecin de la marine). — *Médaille d'argent.* MM. les docteurs Chevreau, Vié (de Tamatave) ; Brossier (médecin des colonies) ; Meleonian (de Beyrouth). — *Médaille de bronze.* MM. les docteurs Brallet (du Thillot) ; Delbecq (de Gravelines) ; Le Marchais (de Carhaix) ; Manisolle (d'Yssingeaux) ; Quéré (de Callac) ; Tuefferd (de Montbéliard). — *Mention honorable.* M. le docteur Dupuy (médecin sanitaire maritime).

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine, le 29 octobre.

Les registres d'inscription seront clos le 19 octobre.

La caisse de l'Assistance publique vient de recevoir 2.500 fr., que l'ambassadeur marocain, avant de quitter Paris, avait fait remettre à la présidence du Conseil pour les pauvres.

La folie est-elle une cause de divorce ? — Un millionnaire M. H. M. Flagler, âgé de 72 ans, était épris éperdument d'une beauté, Mme Marie-Lilie Kensan, âgée de 36 ans. Mais il lui était impossible légalement de l'épouser, sa femme, quoique folle, étant toujours vivante et les lois de la Floride n'admettant pas la folie comme un motif de divorce. Que fit M. Flagler ? Il résolut d'entreprendre une campagne extraordinaire, où se combineraient les influences personnelles et les dons d'argent, pour faire voter une loi décidant que la folie de l'un des conjoints suffirait à faire prononcer la rupture du mariage. La loi fut votée. M. Flagler put donc convoler en secondes noces. Il donna à sa seconde femme un chèque de 1 million de dollars et 3 millions en bons des Etats-Unis, et il lui a assuré, en outre, par testament, la moitié de sa fortune après sa mort, soit 50 millions.

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie. — Ce Congrès aura lieu en 1902 à Grenoble : toutes les demandes de renseignements doivent être adressées à M. le Dr Fernand Berlioz, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble, secrétaire général.

XIIIe congrès international de médecine de 1900. — Le secrétariat général a l'honneur de prévenir MM. les membres du XIIIe Congrès international de médecine que l'impression et l'envoi du volume général et des 17 volumes de comptes rendus des sections sont actuellement terminés. Tout membre du Congrès ou souscripteur qui, par erreur, n'aurait pas reçu les volumes auxquels il a droit, est prié de vouloir bien adresser sa réclamation à l'éditeur du Congrès, M. Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. A partir du 31 décembre 1901, aucune réclamation ne sera plus admise.

Le congrès de la « Croix bleue ». — Saint-Etienne, 19 septembre. — Le dixième congrès de la *Croix Bleue* française s'est ouvert ce soir dans la grande salle des fêtes de l'hôtel de ville. Le docteur Legrain, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Ville-Evrard, a fait, devant une salle comble, une conférence sur la tuberculose et l'alcoolisme. De nombreux congressistes sont arrivés (*Havas*).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 40. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 5 OCTOBRE 1901

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Etude séméiologique des scléroses pulmonaires parasitaires

Modifications du schème normal. Respirations anormales.

Par le Dr Gabriel **ARTHAUD**.

Les moyens d'exploration capables de déceler les altérations du parenchyme pulmonaire sont nombreux et se sont enrichis encore récemment des explorations radioscopiques. Malgré cela, nous pouvons constater tous les jours qu'en France comme à l'étranger on semble ne tenir compte que des lésions grossières du poumon, de celles qui, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, ne peuvent échapper à l'attention. L'inspection, la palpation, l'auscultation, la radiographie constituent pourtant une série de moyens d'investigation qui devraient, à notre avis, permettre de ne rien laisser échapper de ce qui peut être utile au clinicien dans le diagnostic actuel ou rétrospectif des affections pulmonaires. Au lieu de cela, il est facile de constater dans la pratique médicale que les lésions graves de l'organe, du genre de celles que nous avons décrites sous le nom de « scléroses pulmonaires parasitaires », ne sont pour ainsi dire jamais diagnostiquées. On retrouve sur le terrain séméiologique la même indifférence qu'en anatomie pathologique : Tous ces processus passent pour être de valeur banale. Tout au plus si dans les formes les plus accusées on les mentionne, plutôt comme des curiosités et des raretés que comme des types fréquents et nombreux. Dans les formes atténuées, c'est tout au plus si l'on en tient compte ; et l'on résume les résultats de l'exploration en disant qu'on se trouve en présence d'un peu d'emphysème, ou bien en concluant d'après quelques caractères à un début possible d'affection. On exprime cela le plus souvent par l'expression courante « sommet suspect ».

En somme, depuis Laënnec, il semblerait presque que l'école française, surtout, ait perdu quelque confiance dans la précision des moyens d'exploration clinique du thorax. Bien plus, les procédés radiographiques, les recherches du bacille dans les excréta ont semblé introduire encore dans la question une obscurité toute nouvelle. Sans doute cela résulte de ce que les partisans de la radiographie ont trop oublié que la transparence du poumon ne s'altère profondément que dans les suppurations actives ; de ce que la recherche du bacille reste toujours négative dans les tuberculoses franchement scléreuses. Mais quelle que soit l'erreur et son origine, il n'en est pas moins exact que, de plus en plus, la question paraît s'embrouiller chaque jour davantage et les travaux modernes n'ont fait en apparence qu'accroître l'obscurité.

Un autre moyen peu employé encore chez l'homme, au moins en France, pourrait consister dans l'emploi de la tuberculine. Ce moyen est excellent pour déceler les tuberculoses évolutives, mais pour les formes de régression il serait aussi inutile. Avec la tuberculine primitive, avec la tuberculine T. R., dont l'emploi systématique par Dauriac a fourni des résultats, on a toujours constaté que la réaction tendait à diminuer dès que la suppuration diminuait et en définitive finissait par disparaître, quand la régression fibreuse devenait complète. Il faudrait se garder de conclure que la radioscopie, la recherche du bacille dans les crachats, l'étude des réactions par la tuberculine, soient des procédés à rejeter. Quand ces différents signes sont positifs, ils constituent des procédés de certitude pour l'existence d'une tuberculose évolutive, mais quand ils sont négatifs, il faut, de toute nécessité, les compléter par d'autres moyens avant de conclure, comme on le fait trop souvent à l'heure actuelle, à la non-existence de lésions parasitaires chez le malade que l'on veut soigner.

C'est pour avoir oublié ces données fondamentales que l'on a négligé si souvent l'étude pourtant si intéressante en technique, si importante en pratique, des scléroses régressives d'origine parasitaire.

Pour parvenir à diagnostiquer avec certitude ces lésions minimes en apparence, profondes en réalité et capables de réagir sur le fonctionnement général de l'organisme, il faut donc avoir recours à l'exploration clinique ancienne et aux quatre procédés qu'elle nous offre : inspection, palpation, percussion, auscultation. Mais pour en tirer un bon parti, pour diagnostiquer les lésions relativement légères, il faut de toute nécessité s'efforcer de mettre en relief certaines données, certains symptômes dont l'importance a été méconnue et tâcher

de donner à l'ensemble une précision qui paraît lui manquer. C'est là le but vers lequel, depuis plus de dix ans, ont tendu nos recherches cliniques et nous croyons avoir été récompensé de nos efforts par la certitude avec laquelle nous pouvons aujourd'hui, sans préjudice des autres moyens d'investigation, diagnostiquer sur le vivant, le siège, l'étendue, la profondeur et la nature des scléroses pulmonaires. Pour arriver à ce résultat il suffit de procédés simples, conformes aux traditions, mais il convient d'insister avec plus de détails sur divers côtés de la question que l'on classe à tort parmi les « finesses » et dont l'emploi systématique peut permettre d'éviter les longues hésitations et les incertitudes si fréquentes en pareil cas. Un développement sommaire et raisonné suffira à le démontrer.

I. Inspection. — Suivant la loi générale qui régit les rapports du squelette avec les parties molles, les altérations mêmes légères au poumon ont un retentissement lointain sur la cage thoracique et son développement.

C'est donc une règle constatée et reconnue que toute modification même localisée du poumon entraîne une déformation du thorax et une altération atrophique dans la musculature qui s'y insère. On peut sans erreur sensible et, sauf le cas de lésions nerveuses, renverser la proposition et dire que toute déformation du thorax, toute atrophie localisée des muscles thoraciques sont symptomatiques d'une altération de l'organe sous-jacent.

Il y a donc là une première source de renseignements d'où l'on peut tirer au moins des symptômes de probabilité. Pour distinguer la part qui revient aux scléroses parasitaires dans les altérations de la cage thoracique, il suffit de se rappeler leurs caractères anatomiques. Ces scléroses sont des lésions qui débutent par les sommets, sont toujours asymétriques, respectent les bases jusqu'à la dernière limite. Avec ces caractères, peu exercé serait le clinicien qui confondrait à la simple inspection le thorax globuleux de l'emphysème vrai, le thorax dilaté à la base des scléroses congestives ou des dilatations bronchiques, le thorax symétrique dans ses altérations de la pneumokoniose, avec le thorax cylindroïde asymétrique, la poitrine ailée, caractéristique des scléroses parasitaires. Aidée d'une palpation sommaire, cette simple inspection du thorax, surtout chez l'adulte, fournit déjà des éléments d'appréciation qu'on a trop souvent, dans la pratique, le tort de négliger. Sans insister sur ce point universellement admis, il convient d'apprécier en outre à l'inspection un autre élément: le facies. Dans nulle maladie, même chronique, le facies n'est plus caractéristique que dans la tuberculose. C'est que la face est en effet une annexe de l'appareil respiratoire, et toute lésion chronique du poumon vient altérer fatalement le mécanisme de béance des premières voies. Ce qui frappe dans le facies du tuberculeux, indépendamment de l'émaciation qui peut manquer, c'est le facies de l'effort chronique, c'est la netteté de la béance des fosses nasales, l'hypertrophie des muscles respirateurs, la profondeur et la netteté du sillon naso-labial. Quand l'émaciation vient s'y joindre, le facies suffit au diagnostic étiologique, mais souvent, dans les scléroses parasitaires, cet élément fait défaut et se trouve remplacé par un ensemble que les anciens désignaient sous le nom de facies lymphatique et que le professeur Landouzy a pittoresquement dénommé « facies vénitien ».

A ces deux éléments principaux de l'inspection, on pourrait joindre les caractères tirés de l'exploration des autres parties du corps ; l'infantilisme, l'hippocratisme des extrémités etc. Mais à notre avis ces signes, décrits comme fréquents chez les prédisposés plus ou moins avérés, sont surtout et avant tout des signes de dégénérescence qui ne doivent venir que comme appoint pour confirmer les deux symptômes essentiels de l'inspection : 1° les déformations asymétriques des sommets ; 2° le facies avec l'exagération du réflexe de béance. Ce sont là les deux signes de probabilité les plus positifs que l'on puisse tirer de l'inspection.

II. Palpation. — Après l'inspection du thorax au point de vue de l'examen du poumon doit venir la palpation.

Ce que l'examen visuel a démontré, la palpation le confirme, elle vient en quelque sorte compléter par la comparaison des résultats, les renseignements fournis.

Elle décèle les atrophies musculaires, les altérations osseuses non apparentes, s'il en existe, et cette palpation générale vient à l'appui des signes de probabilité énoncés plus haut. Mais il convient de faire rentrer dans le domaine de la palpation proprement dite, un procédé plus précis et plus exact, qui est l'étude des « *vibrations thoraciques* » et d'où l'on peut tirer les premiers signes de certitude de l'altération du poumon. Etudier les vibrations imprimées à la cage osseuse qui enveloppe le poumon par un son musical produit dans l'intérieur de cet organe se réduit physiquement à apprécier au moyen du toucher, l'intensité du son transmis.

Or l'intensité du son primitif étant quelconque, il est facile de comprendre que l'intensité du son transmis dans les divers points de la cage thoracique à travers le parenchyme et les parois devra nécessairement varier selon l'épaisseur des parois et l'élasticité propre de la couche interposée. Il y a donc lieu, dans cette étude de l'intensité tactile des vibrations thoraciques, de faire entrer en ligne trois éléments, et de tenir compte dans les résultats de l'influence de chacun d'eux : 1° L'intensité propre du son mitral, 2° L'épaisseur des couches interposées, 3° L'élasticité de ces couches.

Si l'on fait varier le son initial, on voit, conformément aux données physiques, que pour une intensité faible, le son est mal transmis à travers les couches épaisses, et que vers la base les vibrations s'éteignent ; pour une intensité forte, toute la cage thoracique est mise en mouvement. C'est ce que Grancher a signalé en faisant varier indirectement l'intensité par la modification de la hauteur du son. Il en résultera cette première notion que pour explorer bien tout le thorax, il faut faire émettre un son grave et intense, quitte si on le désire, à faire varier la hauteur du son, sachant que, par ce moyen, pour un effort identique on diminue l'intensité.

L'exploration attentive du thorax normal montre, en outre, que l'intensité des vibrations tend en général à être symétrique, mais avec une légère tendance à l'augmentation du côté droit. Cette légère différence du côté droit au côté gauche, surtout manifeste au sommet, tend à diminuer vers les bases et doit s'attribuer à la proximité plus ou moins grande des bronches. Il y a, en outre, à noter que la zone d'intensité maxima varie avec l'intensité de son initial par un mécanisme facile à comprendre.

L'influence des variations de l'épaisseur des couches se constate facilement en comparant les obèses et les

maigres, et l'on voit se produire un affaissement progressif des vibrations, à mesure que les couches interposées deviennent plus épaisses.

En troisième lieu, l'influence de l'élasticité est aussi facile à mettre en évidence en comparant le même phénomène chez le jeune homme et chez le vieillard ; chez ce dernier l'élasticité de l'organe toujours diminué tend à provoquer une intensité en général moindre des vibrations. A l'état normal, on peut donc dire que les vibrations thoraciques, variables selon les sujets, doivent s'observer de préférence en faisant émettre et de façon intense le son fondamental de l'organe. Dans ces conditions, elles sont sensiblement symétriques et sensiblement égales dans toute l'étendue de l'organe. On peut en effet à notre avis exprimer les choses ainsi, car au degré d'approximation que comporte cette recherche de l'intensité d'une impression tactile, les faibles degrés de variation seront toujours inappréciés par la plupart des praticiens et leur appréciation restera l'apanage des virtuoses.

Si maintenant on essaye de se rendre compte des conditions qui, à l'état pathologique, peuvent troubler la distribution normale des vibrations, on se trouve en présence de plusieurs catégories de faits. Il y a tout d'abord à signaler les altérations pleurales. Dans les épanchements, dans les symphyses, il se produit par prolifération des parois pleurales ou par épanchement dans la cavité, un épaississement accidentel des parties interposées entre la bronche qui vibre et la paroi qui reçoit l'impulsion. Liquide incompressible, coque fibreuse non élastique, empêchent la propagation des vibrations et annulent le phénomène. Mais nulle confusion n'est possible entre ces modifications d'origine extrapulmonaire et celles qui proviennent d'une lésion du poumon. Rappelons les localisations aux bases des pleurésies vulgaires et la forme particulière des pleurésies enkystées qui suffisent à classer de suite ces faits en dehors de ceux qui nous occupent.

Il en est de même des affections aiguës dont nous ne voulons pas faire l'étude. Chacune de ces affections a ses modifications propres au point de vue des vibrations thoraciques, mais il n'est pas possible de supposer la moindre confusion avec les scléroses pulmonaires de nature parasitaire. Ces scléroses se distinguent donc à première vue par leur répartition et leurs caractères assez nettement des autres affections qui comme elles peuvent altérer la transmission normale des vibrations thoraciques.

Dans l'exploration d'un thorax, il faut spécifier la part qui leur revient, celle des autres affections concomitantes étant faite. Au point de vue exclusif des vibrations thoraciques, les scléroses pulmonaires vraies réagissent toujours de la même manière ou plutôt dans le même sens. Elles entraînent une diminution des vibrations. Ce fait s'explique facilement si l'on se reporte à l'étude anatomique que nous leur avons consacrée. Elles ont toutes, scléroses massives, scléroses atrophiques, scléroses hypertrophiques, une caractéristique normale : la disparition de l'élément musculaire, base de l'élasticité normale des poumons et son remplacement brutal ou régressif, selon les cas, par du tissu fibreux à élasticité graduellement décroissante avec le temps. En conséquence, toutes choses égales d'ailleurs, l'interposition entre la bronche et la paroi d'un corps élastique étant la condition indispensable de production du phénomène des vibrations thoraciques, il est naturel de s'attendre à voir les vibrations diminuer et disparaître quand l'élasticité du parenchyme décroît ou devient nulle. C'est ce que l'expérience a démontré. Notre pratique courante nous fournit encore à cet égard une autre notion. La difficulté de transmission des vibrations de la bronche aux parois du thorax n'est pas, comme on pourrait le croire, proportionnée à la profondeur des lésions, mais plutôt à leur âge. Chose remarquable, les scléroses massives, les scléroses atrophiques, les scléroses emphysémateuses, réagissent de même et c'est moins la quantité du tissu fibreux interposé que sa qualité qui intervient.

Or, comme le tissu fibreux a une évolution bien connue et facile à suivre dans les cicatrices, que cette évolution dure 15 à 20 ans, qu'elle s'accompagne d'une rétraction et d'une variation d'élasticité décroissante et progressive, on est autorisé à conclure que les signes physiques des scléroses pulmonaires varient avec le temps et proportionnellement à lui. C'est que nous noterons d'abord pour les vibrations, c'est ce que nous retrouverons pour la percussion et l'auscultation.

Notre attention a été tout d'abord attirée sur ce fait par l'étude comparative des signes physiques chez des malades soignés aux périodes de début et revus à diverses périodes plus ou moins éloignées. Au début, l'on rencontrait chez eux, dans les zones atteintes, les signes classiques habituels. Dans la période régressive on constatait des transformations progressives. En tant que vibrations, on notait qu'à l'accroissement initial du phénomène, à l'exagération des vibrations, succédait bientôt une diminution progressive, et qu'au bout de quinze ans les vibrations étaient à peu près nulles, au bout de vingt ans totalement abolies.

Nous en avons déduit cette notion, bien souvent vérifiée depuis, que les vibrations thoraciques, dans les scléroses pulmonaires, varient avec l'âge de la lésion. Au bout de cinq ans au plus tard, les vibrations thoraciques exagérées, au début, sont nettement diminuées. A partir de cette époque, elles décroissent progressivement, et au bout de vingt ans, au plus tard, ont complètement disparu.

Nous pouvons en déduire un premier signe de certitude et une première loi fondamentale : « Toute diminution notable des vibrations thoraciques dont la localisation exclut les affections extra-pulmonaires correspond à une zone de sclérose d'autant plus ancienne que la diminution des vibrations est plus marquée ».

Cette loi est si exacte que l'on peut l'appliquer aux autres scléroses qui, à la localisation près, affectent les mêmes caractères et donnent les mêmes symptômes. Bien entendu, il faut en même temps exclure les affections passagères (congestion passive, pneumonies massives, œdème, etc.) dont le schème au point de vue des vibrations pourrait prêter à confusion, mais dont l'ensemble symptomatique général est trop différent pour prêter à confusion. Si par coexistence morbide on était entraîné à un diagnostic différentiel, les autres moyens d'exploration lèveraient facilement tous les doutes et restitueraient sans difficulté à la sclérose pulmonaire le domaine qui lui appartient.

III. Percussion. — *Percussion normale*. La percussion du thorax consiste physiquement dans la mise en vibration des tuyaux bronchiques par l'action d'un choc extérieur et dans l'appréciation acoustique du son produit. Le son ainsi provoqué dépend essentiellement, comme celui que l'on obtient dans la percussion d'un tuyau sonore, des dimensions de l'organe et de l'élasticité des parties

interposées. Il dépendra aussi, au point de vue de l'intensité, de la nature et de l'énergie du choc initial. A l'état normal, les sons que l'on obtient par la percussion du thorax doivent donc se montrer assez dissemblables étant données les conditions anatomiques. Chez un même individu, quelle que soit la manière dont la percussion est pratiquée, on constate qu'il faut un choc bref et instantané en quelque sorte pour obtenir un son qui ait quelque caractère musical permettant d'apprécier ses qualités. Toute percussion hésitante et prolongée donne un bruit réellement inutilisable. La bonne condition de production du bruit de percussion digitale (nous négligeons les autres procédés) nous paraît être l'emploi du médius droit déprimant sérieusement la paroi comme intermédiaire et l'utilisation de l'index ou du médius gauche courbé comme marteau percuteur. En s'exerçant un peu on parvient au bout de peu de temps à acquérir l'habitude de tirer du poumon un son à tonalité appréciable. Suivant le sujet et suivant les cas, on percute plus ou moins fort et la pratique arrive vite à renseigner quel est le moyen de réaliser le desideratum de la percussion : « un son à caractères appréciables ». Si cette condition n'est pas remplie, il n'y a de percussion ni d'appréciation possibles. En opérant suivant cette règle purement pratique, on réalise le but que l'on se propose. Le son ainsi obtenu, il faut apprécier suivant les régions et les circonstances les variations de ses qualités essentielles : tonalité, intensité, timbre. Nous étudierons séparément ces trois éléments.

a) *Intensité.* — L'intensité du son de percussion dépend essentiellement, et surtout à l'état normal, des dimensions du thorax, et de l'épaisseur de ses parois. A choc égal, elle est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte, plus faible chez les personnes maigres et mal musclées que chez les obèses et surtout les athlètes. On obvie si l'on veut à ces inconvénients, en augmentant ou diminuant l'intensité du choc initial, en se réglant sur la condition pratique qu'il s'agit de réaliser et qui consiste à obtenir un son à caractère musical.

b) *Tonalité.* — Contrairement aux appréciations des différents auteurs, nous avons été conduit, en comparant le son de percussion d'un thorax quelconque avec le son tiré d'un tuyau sonore convenablement disposé pour fournir la même note, à déduire de nos recherches cette première conclusion que pour un même thorax normal la tonalité du son de percussion est identique dans toute l'étendue de l'organe. L'intensité et le timbre varient seuls, l'une avec l'épaisseur des parois, l'autre avec la zone du poumon que l'on percute. En valeur absolue, cette tonalité facile à mesurer par le procédé que nous employons, est toujours voisine du *ta*^{b} chez l'adulte, mais varie avec les dimensions du thorax et se rapproche en général de celle du tuyau fermé de même longueur que la longueur probable de la partie vibrante des bronches. De même que l'on peut obtenir d'un tuyau vibrant les timbres différents selon la partie que l'on percute ; de même dans le poumon, dont la structure est plus complexe et dont la partie vibrante est ramifiée, on obtient facilement vers le sommet des timbres très variables selon l'intensité du choc initial. Il est dès lors facile de comprendre pourquoi Grancher, qui préconise de percuter doucement, a obtenu des tonalités aux sommets différentes de celles des bases. Comme cet éminent praticien le reconnaît lui-même, il est nécessaire de percuter fortement les sommets, et pour obtenir ce que l'on pourrait appeler le son fondamental d'un poumon dans cette région, nous irons plus loin que lui, et nous dirons qu'il est nécessaire de percuter très fortement, au moins pour apprécier les phénomènes que nous désirons mettre en lumière.

c) *Timbre.* — A l'état normal, le timbre du son de percussion varie presque uniquement avec la zone, la région du poumon que l'on percute. Ceci s'explique sans difficulté : dans ce tuyau vibrant ramifié, l'arbre bronchique, l'influence des ébranlements transmis sur les bronches les plus voisines, se fait nettement sentir, quand on sait graduer selon les besoins le choc digital. Pour une percussion modérée, il semble se former un tuyau vibrant correspondant avec la bronche la plus directement frappée et si, comme cela s'observe surtout à droite, on percute doucement, on produit un son d'une tonalité distincte de celle du son fondamental et sensiblement plus élevée. Il est d'ailleurs facile, si on le désire, de tenir compte de ces modalités dans l'appréciation des résultats.

Cette base normale étant posée, il convient d'en faire l'application aux phénomènes pathologiques. La percussion est en effet un moyen plus précis que la palpation, assez simple encore cependant, pour que ses résultats, par leur netteté brutale, puissent servir à écarter du diagnostic, bien des incertitudes. Nous avons déjà suffisamment insisté sur les moyens de distinguer entre elles les diverses affections du poumon pouvant prêter à confusion avec les scléroses pulmonaires, pour être bref sur le diagnostic différentiel des affections qui pourraient simuler les scléroses. Nous pouvons décrire de suite les phénomènes de percussion qui leur sont propres.

Percussion à l'état pathologique, a). *Variation pathologique de l'intensité.* — Comme le choc digital est forcément limité dans son intensité, il sera facile de constater que l'influence des parois restant la même, la moindre altération de l'élasticité pulmonaire devra retentir sur la propagation des vibrations et tendre à les abolir. C'est déjà ce que l'on avait constaté dans l'étude des vibrations. Pour les sons aigus et peu intenses, la propagation devenait nulle. De même, le son provoqué par la percussion tendra toujours à diminuer et la matité se montrera, pour des lésions même minimes. En thèse générale, toute modification de l'élasticité pulmonaire s'accompagnera de la diminution de l'intensité du son de percussion.

A cette règle il n'y aura que deux exceptions : l'une résultant de la raréfaction extrême du parenchyme dans l'emphysème vrai, l'autre résultant de l'augmentation légère de la force élastique du poumon dans les congestions ou les inflammations légères de l'organe. Cette dernière exception tient uniquement à ce que l'élasticité du muscle contracté devient plus forte sans cesser d'être relativement parfaite. Ce phénomène explique pourquoi, dans la poussée d'invasion tuberculeuse, dans les congestions actives ou passives, mais légères, l'intensité du son peut légèrement s'accroître. Mais ce cas est essentiellement temporaire et dans les examens de lésions chroniques ne peut guère prêter à l'erreur.

Par conséquent, on peut à cet égard poser en loi que « toute altération durable et sensible de l'élasticité pulmonaire, sauf le cas de raréfaction extrême du tissu, s'accompagne d'une matité plus ou moins marquée ».

On peut même, si l'on néglige la possibilité d'acci-

dents extra-pulmonaires (pneumothorax), renverser la proposition qui restera vraie.

Il est en outre possible d'aller plus loin et de même que pour les vibrations, d'apprécier la qualité du tissu fibreux sous-jacent dont l'élasticité varie avec le temps. En suivant l'évolution des scléroses, on constate, en effet, l'exactitude de cette deuxième loi : « A mesure que la lésion vieillit, la matité s'accroît et devient absolue au bout de 20 ans ».

b). *Variations pathologiques de la tonalité.* — Sans doute, à l'exemple de Lasègue et de Grancher, nous dirons que l'appréciation de la tonalité du son de percussion est délicate. Cependant quand, ainsi que nous l'avons dit, en déprimant la paroi fortement, en produisant un choc bref et suffisamment énergique, on parvient à obtenir un son fondamental à caractère véritablement musical, cet élément de tonalité peut s'apprécier facilement, sinon se mesurer. Il demande une virtuosité plus grande, mais il est cependant assez facile à mettre en évidence pour qu'il ne soit pas inutile de décrire ses modifications dans l'état pathologique. A l'état normal, nous avons trouvé pour l'adulte que cette tonalité était voisine du *la* ♭ et variable dans son intensité et son timbre selon les régions. Dans l'état pathologique, la tonalité se modifie parallèlement à l'intensité, mais pas dans le même sens : à mesure que l'intensité s'accroît, le son s'abaisse ; à mesure que l'intensité diminue, le son s'élève. Nous avons essayé de mesurer cette élévation, elle nous a paru ne jamais dépasser une tierce dans les écarts extrêmes, le plus souvent une tierce mineure, rarement une tierce majeure. Nous pourrons donc énoncer la loi de variation de tonalités de la façon suivante : « Dans les altérations chroniques de l'organe pulmonaire, la tonalité du poumon s'accroît avec le temps, et en 20 ans s'élève environ d'une tierce ».

Cette proposition, discutable peut-être en ce qui concerne la mesure, qui est difficile et délicate, nous semble incontestable pour ce qui a trait au sens même du phénomène. Il y a là un fait remarquable qui nous paraît se lier au travail ascendant de dilatation bronchique et à la disparition progressive du tissu musculaire dans les petites bronches par suite de l'envahissement du tissu fibreux. Nous admettrions volontiers que ce fait équivaut à un raccourcissement de la partie vibrante du tuyau bronchique. Cette explication physique, conforme à la constatation simultanée de la nécessité d'augmenter l'intensité du choc initial, nous semble la plus plausible. Quoi qu'il en soit, le fait lui-même est facile à apprécier et mérite d'être retenu.

c). *Variations pathologiques du timbre.* — Le timbre fourni par la percussion est l'élément le plus variable de l'exploration physique par le choc digital. Même à l'état normal, ce timbre varie selon la qualité de la percussion, selon la zone que l'on percute. C'est pour l'apprécier qu'il est utile, comme le recommandent tous les auteurs, de faire varier le mode de percussion. En thèse générale, si l'on percute trop doucement, les variations du timbre sont excessives ; si l'on percute trop fortement ces variations tendent à s'annuler, au moins à l'état normal. En principe, si l'on veut apprécier convenablement le timbre et sa répartition, il faut pratiquer ce choc digital avec une intensité modérée et variable. C'est grâce au timbre que l'on pourrait en quelque sorte dessiner sur le thorax normal le trajet des gros tuyaux bronchiques, apprécier leur proximité plus ou moins grande de la paroi. A l'état pathologique, le timbre peut fournir également son contingent de renseignements utiles. Il renseigne sur l'existence et la dimension des cavernes, sur la répartition plus ou moins égale des cavernes ou des lots fibreux, sur l'avancement plus ou moins régulier des phénomènes de sclérose si importants au point de vue thérapeutique.

Si le timbre spécial aux deux sommets est facile à mettre en évidence, cela veut dire que chez un tuberculeux le tissu sous-jacent est homogène et probablement fibreux, si au contraire, ce timbre s'apprécie difficilement, il faudrait en conclure que du tissu caséeux est probablement interposé. Pour les cavernes au début de leur suppuration, le timbre est peu appréciable, pour les cavernes en voie de régression le timbre caverneux est au contraire extrêmement net. Pour délicates qu'elles soient, ces constatations ont leur intérêt pratique, surtout dans le domaine thérapeutique, car elles permettent de suivre le travail évolutif du tubercule et ses perturbations sous l'influence des divers agents.

Malgré cela, en raison même de la complexité du problème, la marche des variations dn timbre ne permet de déduire aucune loi générale analogue à celles que fournit l'étude de l'intensité et de la tonalité.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Détails de l'observation du Président Mac Kinley, d'après les journaux médicaux américains.

J'avais bien raison quand je disais, dans mes articles précédents, qu'il fallait attendre, pour raisonner sur le cas du malheureux Président Mac Kinley, que nous soyons en possession d'une véritable observation clinique, précise et complète. J'en ai eu la preuve, en parcourant les numéros du 14 septembre du *Medical Record* et du *New-York Medical Journal*, tous frais arrivés au *Progrès*, le jour où je portais la copie de mon dernier Bulletin, et en dépouillant ensuite, depuis lors, quelques autres journaux médicaux américains et anglais où nous trouvons des détails sur la blessure, l'opération et ses suites pendant les premiers jours. On verra, d'après les documents que nous en extrayons, de combien il s'en faut que nos confrères américains aient manqué de décision, de promptitude, d'attention et de précautions, dans les soins qu'ils ont donnés à leur malade. Mais nous n'aurons pas la satisfaction de pouvoir donner à nos lecteurs des informations aussi définitivement complètes et précises que nous l'eussions bien voulu, car, l'observation officielle n'étant pas encore publiée, nombre de détails importants restent ignorés, même des correspondants spécialement envoyés à Buffalo, par le *Medical Record* et le *Medical News* entre autres.

Les éléments de cet article ont été puisés dans le *Medical Record*, le *Medical News*, le *New-York medical Journal*, le *Virginia medical Semi-Monthly*, le *Cincinnati Lancet-Clinic* et le *British medical Journal*. Je me fais un devoir de rapporter tout le mérite de ce travail de dépouillement à nos jeunes

*

et distingués collaborateurs MM. Poullard et L.-E. Morel, internes des Hôpitaux, qui ont eu l'extrême obligeance de me traduire ou de me résumer très soigneusement, le premier de vive voix, le second par écrit, des articles entiers dont je n'avais pu tout seul prendre qu'une connaissance fort incomplète ; la part qui me revient dans cette tâche est, comparativement à la leur, trop mince pour valoir la peine d'être comptée.

Il serait superflu et trop long d'essayer de reconstituer un semblant d'observation suivie, avec ces documents qui, d'ailleurs, bien que se complétant dans une certaine mesure l'un par l'autre, présentent encore, comme nous l'avons dit, trop de lacunes regrettables. Ce que je veux en tirer et mettre en relief, ce sont des détails sur les divers points importants qui préoccupaient particulièrement le public médical, alors qu'il n'avait, pour se tenir au courant des événements, que des bulletins forcément sommaires ou quelques vagues entrefilets de journaux.

Les *coups de feu* ont été tirés à une distance de moins d'un mètre, l'arme étant tenue par le meurtrier à la hauteur de la poitrine de la victime. Celui qui a atteint l'abdomen, — le seul sur lequel nous ayons à nous arrêter, — a été *dirigé* un peu de haut en bas et de droite à gauche, et la balle a *pénétré* à travers la paroi à cinq pouces et demi au-dessous du niveau du mamelon et à un pouce et demi à gauche de la ligne médiane.

Nous ne revenons pas sur l'absence de choc immédiat, sur l'état du blessé dans les premiers instants, etc..., et nous arrivons à la *question des secours*. Il était 4 h. 7' quand le Président fut blessé. A 4 h. 14', arrive l'ambulance de l'hôpital d'urgence (Emergency Hospital) situé dans l'enceinte même de l'Exposition, et le blessé est transporté dans cet hôpital sous la surveillance de MM. les Drs Ellis, Mann Jr et Hall, et placé immédiatement dans la salle d'opérations. « Quoique petite, cette salle est bien éclairée et ordonnancée avec simplicité. Elle contenait tout le matériel aseptique qui pouvait être requis en pareille occurrence..... Aussitôt que le Président fut arrivé, on le déposa sur la table d'opérations, sans enlever le brancard qui avait servi à le transporter à l'ambulance. Le blessé resta sur le brancard, et après l'opération fut transporté de cette façon chez M. Milburn. » (*Med. News*). Alors se produit un retard regrettable, par le fait de la difficulté qu'on a de trouver les confrères qui vont endosser la lourde responsabilité de l'intervention évidemment indiquée. Le Dr Rosewell-Park est absent, il opère à Niagara-Falls, et il n'en pourra être revenu, par train spécial, que tout juste pour arriver à la fin de l'opération. Le Dr Matthew D. Mann, que M. Milburn, président de l'Exposition, a fait appeler, ne peut être rencontré de suite, et, — détail amusant que nous donne le *Med. News*, — on finit par le trouver chez son coiffeur, aux mains duquel il se dérobe, paraît-il, les cheveux à moitié coupés. Il arrive en hâte à l'hôpital à 5 h. 7, juste une heure après l'attentat, suivi presque immédiatement des Drs Mynter et Parmenter, puis, un peu après, du Dr Rixey, du corps de santé de la marine, médecin de la famille Mac-Kinley. Le Dr E. W. Lee, de Saint-Louis qui était à l'exposition comme visiteur, et qui s'était rendu le premier à l'Hôpital, fut prié par le Dr Mann de prendre place auprès du Dr Mynter comme assistant additionnel. L'opération fut commencée par le Dr Mann, assisté des confrères sus-nommés, à 5 h. 24 dit le *Med. News*, à 5 h. 30 dit le *Med. Record*. L'anesthésie à l'éther, qui a été très bien supportée, avait été commencée à l'avance, et tous les préparatifs voulus avaient été faits. En somme, il s'est écoulé, à quelques minutes près, une heure et demie entre le moment de l'accident et le moment de l'intervention. Il est à regretter, évidemment, que l'on n'ait pu utiliser de suite les ressources matérielles que l'on avait à sa disposition, dès les premières minutes, à l'Emergency Hospital ; mais ce retard n'est nullement imputable aux chirurgiens, il est le résultat d'un ensemble de circonstances fortuites malencontreuses, avec lesquelles il faut compter ici comme dans quantité d'autres cas analogues, et je crois que, malgré cela, l'opération en question doit arriver encore dans un fort honorable rang au nombre des interventions précoces. Et il eût été bien étonnant qu'il en fût autrement en Amérique, pays par excellence des décisions promptes et hardies, où l'on a tant fait pour la bonne organisation des prompts secours, et dont les chirurgiens ont contribué pour une si large part à faire triompher le principe de la laparotomie immédiate comme traitement de choix dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen.

Opération. — La paroi abdominale fut *incisée* dans une *étendue* de cinq pouces et demi environ, en passant par le trajet de la balle ; elle fut agrandie ultérieurement pour le temps de recherche du projectile. On trouva dans le trajet un petit morceau de vêtement, probablement du tricot ou de la flanelle (undershirt). (*New Y. Med. J.*). — *L'estomac* est attiré au dehors ; on constate ses *deux plaies*, qui avaient vilain aspect (were ugly ones), et dont la postérieure était beaucoup plus dentelée et déchiquetée (jagged and torn) que l'antérieure, dit le Dr Lee, dans le *Cincinnati Lancet-Clinic*. — Il y avait eu *épanchement* dans le péritoine d'une certaine quantité *d'aliments* ingérés ; le Président avait bien déjeuné entre 1 h. et 2, c'est-à-dire 2 h. environ avant la blessure, et l'estomac était encore à moitié plein. — Les deux *plaies stomacales* furent successivement fermées par un *double plan de sutures* à la soie (Czerny-Lembert). (*N. Y. Med. J.*). — Comme bien l'on pense, on ne négligea, pendant toute la durée de l'opération, aucune des précautions obligatoires en pareil cas pour la toilette du péritoine et pour la protection des parties non contaminées par les liquides stomacaux épanchés.

L'estomac suturé, on passe à la *recherche* du trajet du projectile, après avoir agrandi l'incision primitive. Cette recherche se prolonge sans aboutir, malgré tout le soin et toute l'attention qu'on y apporte ; on ne trouve aucune lésion viscérale ; on ne constate plus qu'un suintement sanguin insignifiant ; il y a une heure et demie que le blessé est sous l'influence de l'anesthésie ; on juge qu'il y aurait imprudence à vouloir insister plus longtemps, et l'on referme le ventre, sans drainage, après un copieux lavage avec une solution salée stérilisée. Tout est terminé à 6 h. 50, et, à 7 h. 1/2, M. Mac-Kinley, encore fortement engourdi par l'éther, est

transporté chez M. Milburn, comme il a été dit plus haut. Le temps nous manque pour achever cette revue dès aujourd'hui ; nous en donnerons la fin dans le numéro prochain.

D[r] CH. H. PETIT-VENDOL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1[er] octobre.

Séance de rentrée peu animée encore et avec des vides assez nombreux, mais séance scientifiquement intéressante car elle comporte un important travail de M. le P[r] Pouchet sur la *dissémination de l'antimoine dans l'organisme*. En dehors de nouveaux faits particuliers, la méthode générale de ce travail appliquée aux autres médicaments fournirait certainement des résultats pratiques utiles.

Les expériences de M. le P[r] Pouchet ont été faites sur des lapins et sur des chiens. Elles semblent démontrer :

1° Que l'action toxique de l'antimoine ainsi que sa localisation ne commencent à se montrer qu'à une dose élevée relativement aux doses correspondantes d'arsenic.

2° Que la localisation de l'antimoine est très différente de celle de l'arsenic. L'antimoine se fixe surtout dans l'intestin ; l'arsenic se fixe surtout dans les organes épidermiques et le système nerveux.

3° Que, dans les mélanges d'arsenic et d'antimoine, ce dernier, loin de diminuer le pouvoir toxique de l'arsenic, paraît, au contraire, le soutenir et même l'accroître.

L'addition d'une faible proportion d'arsenic à l'antimoine rend plus précoces les manifestations cutanées et nerveuses (paralysie du train postérieur) et fait apparaître des accidents gastro-intestinaux. La localisation et la répartition de l'antimoine ne sont pas modifiées.

4° Que l'administration simultanée d'une autre substance médicamenteuse active, dans l'espèce, le bromure de potassium, paraît modifier d'une façon très notable et la symptomatologie de l'intoxication, et la localisation des substances toxiques.

On conçoit l'intérêt de ce dernier fait qui justifie les formules composées et les associations médicamenteuses, associations parfois critiquées par les partisans des formules simples.

A. F. PLICQUE.

TROISIÈME CONGRÈS PÉRIODIQUE

DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Tenu à Nantes (septembre 1901.)

Séance d'ouverture.

Le Congrès s'est ouvert solennellement le 24 septembre à deux heures, dans la grande salle de la Bourse de Nantes, sous la présidence de M. Sarradin, maire de Nantes, assisté de M. le D[r] Sevestre, de l'Académie de médecine, président du Congrès, de M. le D[r] Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, président du Comité d'organisation, de M. le D[r] Segond, chirurgien des hôpitaux de Paris, de M. le D[r] Queirel, de Marseille, et de M. le D[r] Guillemet, de Nantes, secrétaire général.

DISCOURS DE M. SARRADIN, MAIRE DE NANTES.

M. le maire de Nantes a ouvert la séance en souhaitant la bienvenue aux Congressistes dans les termes suivants :

« Messieurs,

Au nom de la Ville de Nantes, je vous remercie de l'honneur que vous lui faites en venant tenir dans ses murs les assises du 3e Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie. Je suis personnellement très honoré de souhaiter la bienvenue à M. le docteur Sevestre, l'éminent président général de ce Congrès, à MM. les professeurs Segond et Queirel, les distingués présidents des sections de gynécologie et d'obstétrique, et aux savants praticiens qui les entourent.

Après Bordeaux, où a été inauguré si brillamment le premier Congrès, après Marseille en 1898, où votre réunion eut un si grand succès, les Nantais vous sont reconnaissants d'avoir choisi leur ville pour ce rendez-vous scientifique, qui réunit un nombre important de célébrités médicales, venues de tous les points de la France. Nous considérons votre choix comme un hommage rendu par le monde savant à la bonne renommée dont jouit notre École de médecine et à la réputation méritée que s'est faite le corps enseignant de cette Ecole.... »

M. le maire de Nantes expose avec netteté la situation démographique de la ville qu'il administre, situation assez triste puisque la moyenne des décès dépasse celle des naissances. Cependant, la mortalité est comparable à celle des autres grandes villes et celle de la première enfance est relativement faible. Il incrimine surtout la tuberculose et l'alcoolisme comme causes principales de cette situation précaire. Puis il expose les efforts faits par la municipalité nantaise pour assainir la ville.

« Quant à nous, dit-il, nous n'avons rien négligé pour améliorer sans cesse les conditions de l'eau potable, des égouts, des services de la répurgation, et les statistiques officielles démontrent, depuis plusieurs années, que nos efforts n'ont pas été stériles. En y persévérant, nous parviendrons, je l'espère, à donner un air encore plus salubre, plus vivifiant, et nous savons que ces questions ne laissent jamais indifférents les médecins et les chirurgiens, quelle que soit leur spécialité. Ce n'est pas du jour au lendemain que l'on peut arriver à réformer des habitudes invétérées. Nous estimons qu'on y parviendra surtout par l'instruction, par l'initiative et la persévérance dans l'action des municipalités qui, sous ce rapport, doivent être les grands éducateurs des groupements sociaux. Lorsque la mère de famille aura constamment sous les yeux le tableau d'une ville propre, bien tenue, elle sera forcément invitée à mieux tenir son intérieur, à mieux soigner ses enfants, et le nombre des maladies du jeune âge s'en trouvera nécessairement diminué. Ce sont là, Messieurs, les principes qui nous guident dans l'accomplissement de notre tâche de chaque jour et je ne doute pas qu'ils ne reçoivent votre haute approbation.

Vous allez être fort occupés par vos travaux pendant la durée de ce congrès. J'espère pourtant, Messieurs, que vous trouverez quelques instants pour visiter notre ville, ses monuments, ses institutions scientifiques, ainsi que notre port, dont l'importance s'accroît chaque jour.

Je souhaite que vous puissiez emporter de votre séjour parmi nous, de votre contact avec notre corps médical, une impression favorable. Laissez-moi vous témoigner de nouveau, au nom de la municipalité et de la population nantaise, notre gratitude pour la tenue, dans notre cité, de votre Congrès dont nos annales garderont le précieux souvenir. (*Applaudissements prolongés.*)

DISCOURS DE M. SEVESTRE, PRÉSIDENT DU CONGRÈS.

M. le D[r] Sevestre a prononcé alors le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

En me conférant la présidence du Congrès qui s'ouvre aujourd'hui, mes collègues m'ont fait un honneur dont je sens tout le prix ; je suis très fier de ce témoignage de leur sympathie et ma joie serait complète, si elle n'était tempérée par le sentiment de la responsabilité qui m'incombe. Je

ne saurais oublier, en effet, que j'ai eu pour prédécesseurs dans cette fonction deux hommes comme le professeur Tarnier et le professeur Pinard.

En prononçant la clôture du Congrès de Bordeaux en 1895 et en ajoutant que la prochaine session aurait lieu à Marseille, trois ans plus tard, le professeur Tarnier disait : « Je souhaite que nous puissions tous nous y retrouver ». Des applaudissements unanimes saluèrent cette phrase, dans laquelle on se plaisait à voir un engagement pour l'avenir ; malheureusement, le maître aimé n'est plus là pour nous encourager : permettez-moi du moins d'adresser à la mémoire de celui qui fut le premier président de ce Congrès, le tribut de nos regrets et de notre admiration pour ses travaux. J'ai grand plaisir et aussi grand profit à retrouver ici le professeur Pinard, président du Congrès de Marseille, et le secrétaire général de ce Congrès, le professeur Queirel. Le Docteur Segond, vice-président à Marseille, est aujourd'hui président de la section de gynécologie ; je suis heureux de pouvoir compter sur leur précieux concours.

Monsieur le maire,

Au nom de tous mes collègues, je vous remercie de l'accueil si sympathique que vous avez bien voulu nous témoigner et des paroles de bienvenue dont vous avez salué notre arrivée dans la ville que vous représentez avec tant de distinction. Nous savions, du reste, qu'en venant à Nantes, *nous y serions bien*, et que nous y trouverions les conditions nécessaires pour assurer le succès de ce Congrès........

Messieurs, le congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie est tout jeune encore : c'est en 1895, à Bordeaux, qu'il vit le jour, et, comme le professeur Tarnier, qui présidait cette première réunion, déclarait que le nouveau-né était plein de vie et qu'il promettait, on décida qu'une autre session aurait lieu trois ans plus tard, en 1898, à Marseille ; là, sous la présidence du professeur Pinard, le succès ne fut pas moins brillant, et c'est sans discussion que fut alors votée définitivement la périodicité du nouveau congrès, les sessions devant se succéder à trois ans d'intervalle, dans les différentes villes de France. C'est également sans discussion que fut fixé le choix de la ville qui devait être le siège de la troisième session : sans méconnaître les titres de plusieurs autres villes et en particulier de Rouen, les membres du congrès décidèrent, à l'unanimité, de se réunir à Nantes en 1901. Il y avait à ce choix plusieurs raisons que je signalais il y a peu d'instants, mais sur lesquelles je vous demande la permission d'insister un peu plus.

Tout d'abord, nous savions tous quelle avait été dans le passé, quelle était encore dans le présent la valeur de l'Ecole de médecine de Nantes. Ce n'est pas ici, au moment même où l'on se prépare à inaugurer les monuments destinés à perpétuer leur souvenir, qu'il convient de dire ce que furent Chassaignac et Maisonneuve ; je laisse ce soin à des voix plus autorisées que la mienne : mais, du moins, il me sera bien permis de rappeler la place distinguée qu'occupent à Paris les élèves de l'Ecole de médecine de Nantes : ils y arrivent en général munis de connaissances supérieures à la moyenne et ils apportent, en outre, une vive ardeur au travail et une curiosité de bon aloi, tempérée par un jugement droit. Aussi, la ville de Nantes est-elle, si je ne me trompe, celle qui, après Paris, a fourni le plus grand nombre d'internes en médecine des hôpitaux de Paris.

C'est par là que commencent les candidats que vous nous envoyez. Mais certains d'entre eux n'en restent pas là et aspirent à monter plus haut. Et, tout naturellement, à ce qu'il semble, ils arrivent aux hôpitaux, à la Faculté, à l'Académie de médecine, à l'Institut, il est parfaitement inutile de rappeler leurs noms, que vous avez tous sur les lèvres.

Mais, à côté de ceux qui nous sont restés à Paris, pour le plus grand honneur de notre profession, il en est d'autres que le mal du pays vous a ramenés, et ceux-là aussi, nous les connaissons bien et nous savons quelle est leur valeur. J'espère bien, du reste, que, favorisée par une installation matérielle remarquable, par son voisinage immédiat avec l'Hôpital et sous la direction à la fois ferme et bienveillante de mon vieil ami Malherbe, l'Ecole de Médecine de Nantes continuera à être, comme par le passé, une pépinière de médecins aimant la science et honorant notre profession.

Mais ce n'est pas tout, Messieurs, nous étions encore attirés dans cette ville par une autre considération qui résulte de la nature même de nos études et du but que poursuit notre Congrès. Le titre qu'il porte de « Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiâtrie » peut prêter à quelque confusion, et ceux qui ne sont pas prévenus pourraient penser que c'est par une circonstance fortuite, ou tout au plus pour la facilité de nos relations que trois spécialités ont fusionné et se trouvent ici réunies. Assurément, chacune de nos sections est alimentée par des travaux scientifiques qui se rapportent spécialement à l'objet ordinaire de ses études, et le recueil de ces travaux constituerait déjà à lui seul un ensemble de documents fort important : mais, comme je l'ai déjà dit, notre Congrès a des visées plus hautes.

Notre préoccupation principale, la véritable raison qui nous rassemble et qui associe réellement la gynécologie, l'obstétrique et la pédiâtrie, c'est le *souci de l'enfant* : ce que nous recherchons, surtout, c'est d'assurer dans des conditions aussi parfaites que possible le développement de l'enfant avant, pendant et après sa naissance. Le gynécologue surveille la santé de la femme et la prépare à devenir mère : il s'attaque aux causes qui pourraient l'empêcher de remplir ce rôle essentiel et s'efforce de la mettre dans les conditions les plus favorables à cette fonction. Lorsque l'enfant n'est plus à l'état de rêve, mais qu'il est déjà une espérance, l'accoucheur intervient, conseille la mère pendant sa grossesse, préside à la naissance du jeune être et le suit pendant les premières semaines ; puis il laisse au médecin le soin de surveiller l'hygiène de l'enfant, de lui éviter les maladies et de les guérir. Vous voyez donc que ces trois hommes, dont la préoccupation semble, au premier abord, dissemblable, ont tous un même souci et tendent vers un même but. Ainsi, comme le disait à Bordeaux le professeur Coyne : « ce sont des affinités naturelles, ce sont des nécessités de la pratique qui ont groupé, réuni dans des efforts communs l'activité scientifique des médecins et des chirurgiens qui se livrent à la pratique des accouchements, à celle des opérations gynécologiques, à celle de la médecine et de la chirurgie d'enfants. » C'est encore la même opinion qu'exprimait à Marseille le professeur Pinard : « Nous sommes réunis parce que nous poursuivons le même but : à travers la conservation des individus, nous visons et nous devons viser la conservation et l'amélioration de l'espèce ». En sorte que, si l'on voulait résumer et condenser en un terme expressif le but essentiel de ce Congrès, on pourrait dire qu'il s'occupe surtout de la *Puériculture*, mot nouveau, fort heureusement créé d'ailleurs, et qui embrasse toute la vie de l'enfant, non pas seulement après sa naissance, mais avant même sa procréation.

Si le mot est nouveau, l'idée qu'il exprime est aussi nouvelle en quelque sorte, car c'est seulement dans ces dernières années que ces préoccupations ont commencé à occuper sérieusement les esprits et lorsque, l'année dernière, à Paris, le Congrès international d'Hygiène et de Démographie mit à l'ordre du jour de ses travaux l'étude de la Puériculture avant et après la naissance, ce fut pour un certain nombre de médecins une surprise et une révélation.

De l'ensemble des travaux publiés à cette occasion et de plusieurs autres portant sur le même sujet, commencent à se dégager certaines règles et quelques indications assez précises. Je me contenterai de vous les signaler rapidement. Un médecin de Nantes, que je m'honore d'avoir eu pour interne en 1881, le professeur Ollive, a consacré, en effet, à la *Défense de l'enfant*, en collaboration avec le docteur Schmitt, un rapport intéressant, qui ne peut manquer d'attirer l'attention des membres du Congrès.

Il est une première règle, c'est que, pour avoir des enfants vigoureux et sains et pour ne pas être exposés à leur léguer une tare héréditaire quelconque, les parents doivent jouir eux-mêmes d'une santé parfaite. Cela semble très naturel, et pourtant combien peu se préoccupe-t-on, en général, de cette question, lorsqu'il s'agit d'un mariage ? Et, d'autre

part. combien ne voit-on pas d'enfants qui sont nés chétifs et peu résistants. parce que leurs parents se sont trouvés. au moment de la procréation.dans un état d'infériorité physique, soit par le fait de l'alcoolisme. d'une intoxication professionnelle ou d'une maladie, soit simplement par le surmenage ou la misère ? Cette question du surmenage de la mère se pose encore pendant la grossesse.mais elle n'est pas toujours facile à résoudre, les nécessités de l'existence obligeant les femmes à un travail excessif. alors que le repos. au moins relatif. serait pour elles-mêmes et pour l'enfant qui se développe. si nécessaire.

Une fois né. l'enfant réclame des soins multiples pour lesquels la présence de la mère est indispensable ; il a besoin aussi d'une alimentation spéciale et tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'allaitement au sein est préférable à tout autre. Et pourtant. vous savez combien de femmes cherchent à se soustraire à cette obligation. en prenant des « remplaçantes » et combien sont empêchées de remplir ce rôle. obligées qu'elles sont. par leur travail. de rester éloignées de leur enfants. Lorsque. pour une raison quelconque. l'allaitement au sein est impossible. ou qu'il ne peut être réalisé que partiellement, il est d'une importance capitale que le lait donné à l'enfant soit aussi parfait que possible. La pratique de la stérilisation constitue assurément un grand progrès. mais ce lait stérilisé n'est pas à la portée de tout le monde. Il est tout aussi indispensable que les mères soient dirigées et surveillées de près, de façon à éviter les fautes contre l'hygiène, si préjudiciables à la santé des enfants. Vous voyez. par cette revue rapide. combien de questions diverses embrasse la puériculture et combien aussi le concours de tous est aussi nécessaire pour obtenir quelques résultats. Le médecin aura beau formuler des règles, il ne pourra les imposer et trop souvent les prescriptions qu'il aura faites resteront comme non avenues par suite de l'indifférence des parents : trop souvent aussi ceux-ci se trouveront matériellement empêchés, soit qu'ils manquent de ressources nécessaires. soit par les exigences de leurs occupations.

Pour arriver à un résultat positif, nous avons besoin d'aides et nous restons impuissants si nous n'avons pu nous assurer le concours des pouvoirs publics, des municipalités, des chefs d'industrie, des philanthropes. L'Etat doit venir à notre secours pour réprimer l'alcoolisme, ce fléau toujours grandissant, et aussi pour combattre la propagation de la tuberculose. Les municipalités. soucieuses des intérêts de leurs administrés. fonderont et entretiendront des cantines ouvrières. des asiles et des ouvroirs pour les femmes enceintes, des dispensaires où les mères trouvent les soins nécessaires à leurs enfants ou à elles-mêmes, des crèches installées suivant les règles de l'hygiène ; elles n'auront garde d'oublier les distributions de lait et tous les moyens de venir en aide à la femme enceinte ou nourrice. Si elles ne peuvent. avec leurs seules ressources. subvenir à tous les besoins, elles devront favoriser les efforts que feront dans le même sens les chefs d'industries, directement intéressés au succès de ces œuvres d'assistance et les particuliers qui ont aussi le devoir d'y contribuer dans la mesure de leurs moyens.

La ville de Nantes, grande cité industrielle et commerciale. où le besoin de ces œuvres se fait tout particulièrement sentir. a compris l'importance de cette forme d'assistance et. depuis de longues années déjà. elle est entrée dans cette voie : les cantines ouvrières. l'œuvre du travail réparateur. les crèches, l'œuvre de la « goutte de lait ». etc., ont déjà rendus de grands services et. bien qu'elles aient besoin d'être perfectionnées à certains égards et complétées par d'autres fondations indispensables, ces œuvres montrent bien l'intérêt que vous attachez à ces questions. C'est pour cela que nous avons tenu à transporter nos assises dans votre ville, certains que vous nous aideriez dans l'œuvre patriotique qui nous tient au cœur. (*Applaudissements répétés.*)

M. le Dr Queirel, de Marseille, a alors, dans une courte allocution, remercié le comité d'organisation et ses confrères de Nantes de leur si cordial accueil. Il est persuadé que le Congrès de Nantes sera une brillante étape dans la campagne entreprise pour la gloire de la médecine française contre les fléaux de l'humanité. (*Applaudissements.*)

Discours de M. Malherbe,

Président du Comité d'organisation.

M. le Dr Malherbe prend alors la parole et prononce le discours suivant :

Messieurs.

C'est un grand honneur à la ville de Nantes que d'avoir été choisie pour la troisième session du Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie et je viens vous en remercier au nom du corps médical nantais.

Après les magnifiques réceptions que vous ont offertes les superbes villes de Bordeaux et de Marseille, l'hospitalité de notre vieille cité bretonne vous paraîtra sans doute modeste ; mais nous nous efforcerons, sans négliger les éléments de distraction inséparables des congrès scientifiques où l'on aime à suivre le conseil du poète

Interpone tuis interdum gaudia curis

nous nous efforcerons, dis-je, de faciliter votre tâche laborieuse et nous y réussirons, je l'espère, grâce à la prévoyance et au dévouement de notre cher Secrétaire général. Vous pourrez faire connaître les derniers résultats de vos travaux dans ces trois branches de la Médecine : l'Obstétrique, la Gynécologie et la Pédiâtrie, branches si importantes qu'elles touchent presque à toutes les parties de l'art médical. La Pédiâtrie, comprenant la médecine et la chirurgie de l'enfance, est, à proprement parler, une encyclopédie de toutes les maladies connues en tant qu'elles peuvent s'attaquer à l'enfant.

Depuis les maladies du système nerveux et des organes des sens jusqu'aux fièvres éruptives et aux dermatoses de l'enfance, depuis les malformations et les affections congénitales jusqu'aux traumatismes les plus variés, depuis le traitement de l'appendicite jusqu'à la cure radicale de la hernie, la Pédiâtrie offre une carrière immense à parcourir et excite vivement l'intérêt des chercheurs, comme le prouve le grand nombre de communications annoncées pour cette section du Congrès. Chaque progrès accompli dans l'art de guérir nous cause sans doute une vive satisfaction. quelle que soit la maladie que la science nous apprenne à vaincre et quel que soit l'âge auquel cette maladie s'observe le plus souvent. Celui qui trouvera le remède du cancer sera béni par toute l'humanité. Mais s'il est toujours pénible d'être le témoin des souffrances et de la déchéance progressive qu'entraîne une maladie incurable. n'est-il pas particulièrement douloureux de voir souffrir et mourir les enfants, l'espoir et la force future du pays? N'y a-t-il pas une sorte de contradiction de la nature dans la mort prématurée de ces petits êtres à qui l'avenir semblait réservé ? Cette commisération pour l'enfance malade, tout le monde la ressent, et je n'en veux pour preuve que l'explosion. de joie universelle qui salua la découverte du sérum antidiphtérique, l'un des plus beaux triomphes de la science au siècle dernier.

La gynécologie, complètement renouvelée depuis l'avènement de l'ère antiseptique, a grandement profité des immortelles découvertes de Pasteur et de ses élèves : mais, en revanche, on ne saurait trop dire combien l'art de l'antisepsie s'est perfectionné entre les mains des gynécologues. C'est grâce à la quantité innombrable d'interventions pratiquées sur l'abdomen que l'on a pu étudier à fond les inconvénients et les avantages de l'asepsie simple et des divers procédés d'antisepsie, de l'emploi, pour les sutures et les ligatures d'artères de la soie et du catgut.

L'ouverture de l'abdomen, si souvent mortelle il y a trente ans, étant devenue inoffensive, on a ouvert beaucoup de ventres ; on en a ouvert un peu trop. Mais, peu à peu, les indications se sont précisées, l'ardeur opératoire s'est mo-

dérée : les interventions abdominales sont devenues chaque jour mieux réglées et moins dangereuses ; certaines grandes opérations, celle du fibrome, par exemple, ont été perfectionnées dans leur technique au point de devenir presque sans danger. La gynécologie est donc la grande éducatrice de l'opérateur. Elle exige de lui l'ensemble le plus complet des qualités que doit posséder le chirurgien et particulièrement la présence d'esprit et la décision : car combien de surprises peut renfermer un abdomen ! En revanche, elle fait, plus peut-être que toute autre branche de la médecine opératoire, les illustrations chirurgicales et donne aux grands chirurgiens qui ont ouvert des ventres illustres, outre la célébrité, la joie intime d'avoir sauvé par leur talent un grand nombre d'existences précieuses.

Quant à l'obstétrique, c'est peut-être la partie des sciences médicales dont tout le monde, mais les femmes surtout, doive le plus souhaiter le progrès; car, si toutes peuvent espérer n'être pas malades, la plupart espèrent et désirent devenir mères, malgré la souffrance prévue, souffrance si terrible pour quelques-unes. L'accouchement est devenu bien moins dangereux depuis que les accoucheurs et les accoucheuses se lavent les mains; mais combien d'ennuis encore et de douleurs pendant la grossesse! Combien de couches laborieuses ou suivies d'accidents ! Combien de femmes souffrent encore pendant le travail, alors que ce phénomène tout physiologique devrait logiquement n'entraîner que des sensations agréables ! Supprimer les accidents de la grossesse et la rendre légère à supporter ; rendre l'accouchement ni douloureux ni dangereux ; quelles questions complexes ! Quels beaux et nombreux problèmes à résoudre ?

Ai-je réussi, Messieurs, à montrer dans ces quelques mots la grandeur de la tâche que vous avez à remplir dans vos trois sections ?

Vous allez sans retard vous mettre à l'œuvre. L'École de Médecine est particulièrement heureuse de vous ouvrir ses portes et d'être le siège de vos travaux. Vous nous apportez la science : nous essaierons de vous donner les moyens matériels de la mettre en lumière. Au nom du corps médical nantais, je vous souhaite la bienvenue. (*Applaudissements*).

Le secrétaire général, M. le Dr Guillemet, donne alors rendez-vous aux membres du Congrès à l'École de médecine pour y organiser les sections et rappelle qu'à 9 heures du soir aura lieu une réception à la salle Turcaud. (*A suivre.*)

VARIA

Inauguration des monuments de Chassaignac et de Maisonneuve.

Profitant de l'affluence de médecins que le Congrès de Gynécologie et de Pédiatrie avait attiré à Nantes, le Comité des Monuments de Chassaignac et de Maisonneuve et la municipalité nantaise ont inauguré, le 26 septembre, à ? heures, les monuments élevés à ces deux chirurgiens dans les squares publics de l'Hôtel-Dieu. Le Professeur Guyon, membre de l'Institut présidait la fête ; il était assisté de M. Sarradin, maire de Nantes, de M. le Dr Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, de M. le Prof. Bureau, du Muséum, délégué de l'Académie de médecine, tous enfants de Nantes, du Prof. Kirmisson, délégué de la Société de chirurgie de Paris, de MM. Sevestre, Segond et Queirel et d'une foule de notabilités médicales.

M. le Professeur Guyon, président du Comité des bustes Chassaignac et Maisonneuve, a remis les monuments à la Ville de Nantes en prononçant l'allocution suivante :

Monsieur le Maire,

Au nom du Comité de souscription, j'ai l'honneur de remettre à la ville de Nantes les monuments qui viennent d'être érigés pour célébrer la mémoire de Chassaignac et de Maisonneuve. Je félicite et je remercie MM. Bareau et Le Bourg, MM. Marchand et Gaucher, de l'art très remarquable avec lequel ils ont exécuté les œuvres confiées à leur talent éprouvé.

Je suis heureux, Monsieur le Maire, de l'occasion qui m'est donnée de saluer le premier magistrat de la Ville où j'ai été élevé et à laquelle je suis attaché par tant de liens ; de voir Nantes s'empresser à une solennité qui honore notre profession, de me sentir entouré des professeurs de son École de Médecine et du corps médical qui rend à ses habitants de si grands services.

En me retrouvant au milieu de ceux que je considère comme mes compatriotes, de mes confrères, de mes collègues et des élèves de notre École, ma pensée se reporte à des temps bien lointains.

Nous aimons tous à laisser le souvenir nous ramener aux jours de la jeunesse ; nous éprouvons d'autant plus le besoin de nous en rapprocher que les années nous en éloignent davantage. Et nous nous arrêtons de préférence aux phases décisives de notre vie.

Aujourd'hui, j'ai l'inestimable satisfaction de revivre les jours où je suis venu demander aux Maîtres de l'École de Nantes l'instruction médicale. Leur enseignement est resté la base de ce que j'ai pu apprendre, et les affectueux encouragements prodigués par des maîtres excellents au jeune interne de 1850, lui ont donné la force de poursuivre sa carrière. Elle lui aurait peut-être fait défaut, s'ils ne lui étaient venus en aide avec une patiente bonté, quand sa volonté de devenir médecin faiblissait devant les énigmes du diagnostic et les troublantes responsabilités du traitement. Pareils souvenirs ne s'effacent pas, et je n'ai pu oublier les débuts de ma vie d'étudiant.

Il n'est pas de profession où, plus que dans la nôtre, il soit nécessaire d'être guidé pas à pas par ses maîtres. Leur contact immédiat nous est indispensable. C'est en les voyant auprès des malades que nous nous rendons compte de l'importance et de l'étendue des devoirs que nous impose la souffrance, que nous apprenons à discerner, dans ses multiples manifestations, celles qui font reconnaître la nature du mal et celles qui fournissent les indications de son traitement. Combien ces premières fréquentations de la salle d'hôpital, qu'on ne peut commencer trop tôt, les leçons qu'on y reçoit, les exemples qu'on y trouve, peuvent influencer la direction de nos idées, il est facile de le comprendre. Tout l'avenir s'en ressent.

Un enseignement de cette nature est en quelque sorte familial. Lorsqu'il peut prendre ce caractère, les élèves jouissent d'un véritable privilège, ils reçoivent à la fois, et en temps opportun, l'instruction qu'ils recherchent et l'éducation qui leur est offerte.

La qualité de l'instruction dépend, avant tout, de la solidité de l'éducation. Longtemps, peut-être toute la vie, l'instruction se perfectionne et s'étend ; mais l'aptitude à recevoir une bonne éducation appartient à la jeunesse. On est assuré de trouver l'une et l'autre quand on a la bonne fortune de commencer ses études dans un milieu comme celui-ci.

L'École de Médecine de Nantes, par l'installation si bien comprise de ses locaux et par les ressources si étendues de ses Hôpitaux, que très peu de grandes villes possèdent aussi complètement, dispose de tout ce qui doit être réclamé des Facultés de Médecine les mieux organisées. Son corps enseignant suit la voie scientifique où la médecine s'est définitivement engagée sous l'impulsion de Claude Bernard et de Pasteur. Il a su ajouter aux progrès autrefois accomplis, ceux que permet de faire l'application des principes de la médecine expérimentale à l'étude des phénomènes de la vie. Il a soigneusement conservé les traditions de dévouement aux malades et aux élèves, ainsi que le sens pratique de l'enseignement qui inculque fortement dans l'esprit des étudiants les vérités principales de la médecine.

Vous avez, mes chers collègues, maintenu la très ancienne et légitime réputation de l'École de Nantes. Les professeurs de la Faculté de Médecine de Paris venus ici pour présider

les examens, m'ont souvent dit l'impression produite par ce qu'ils avaient vu et par ce qu'ils avaient entendu. Je ne puis vous cacher le plaisir que j'éprouve en écoutant leurs éloges.

Quand les choses de la médecine sont mises, dans de semblables conditions, à la portée des jeunes intelligences, elles permettent de façon certaine d'exercer dignement notre profession, d'être un bon médecin. Mais elles inspirent aussi le goût de l'étude et le désir de reculer les limites du progrès. Les héros de cette fête en ont donné la preuve. Chassaignac et Maisonneuve ne furent pas seulement des chirurgiens savants et habiles, ils ont été des initiateurs.

Ainsi que nous allons l'entendre dire avec toute autorité par le directeur de notre École, l'un de mes élèves les plus distingués et les plus chers, les deux Nantais dont nous célébrons la gloire ont voulu que la chirurgie mît résolument au service de la guérison toutes les ressources de l'intervention opératoire ; ils n'ont cessé de chercher avec passion les moyens de permettre aux chirurgiens la hardiesse et de leur donner la sécurité. Ce qu'ils ont fait pour atteindre le but où nous sommes maintenant arrivés a laissé des traces profondes et subsiste définitivement dans beaucoup de ses parties.

La Ville de Nantes et son École de Médecine ont le droit de s'enorgueillir de nos célèbres compatriotes. Je vous remercie de m'avoir donné la présidence de la belle cérémonie d'aujourd'hui. Vous ne pouviez, M. le Maire, vous ne pouviez, mes chers Collègues, je puis dire à plusieurs d'entre vous : mes chers amis, me faire un plus grand honneur et je vous dois de très douces émotions.

Éloge de Chassaignac et de Maisonneuve

M. le Dr A. Malherbe a prononcé alors l'éloge des deux chirurgiens nantais.

Messieurs,

Nous vivons à une époque fertile en bustes et en statues ; on peut donc s'étonner que les deux chirurgiens qui ont laissé la trace la plus profonde dans la science française au siècle dernier n'aient pas encore reçu cet hommage aujourd'hui si prodigué. Il faut le dire bien haut, ces deux hommes n'ont pas occupé, de leur vivant, la place qu'ils méritaient. Mais l'heure de la justice a sonné.

La grandeur de l'œuvre de Chassaignac et de Maisonneuve est si bien reconnue par tous les juges compétents que, le jour où quelques-uns de nos collègues proposèrent d'honorer dans la ville où ils avaient fait leurs débuts, la mémoire de ces deux grands hommes, nous reçûmes, dès le premier appel, les plus précieuses adhésions.

Notre vénéré maître, M. le Professeur Guyon, à qui les honneurs dont il a été si justement comblé n'ont jamais fait perdre le souvenir de la ville et de l'École où il commença ses études de médecine, a bien voulu présider cette fête. L'Académie de médecine, qui regrette peut-être de n'avoir pas gardé plus longtemps Chassaignac dans son sein et de n'y avoir jamais admis Maisonneuve, nous a fait l'honneur de se faire représenter à cette inauguration et, par une attention délicate, qui rend cet honneur plus précieux pour nous, elle a choisi comme délégué un enfant de cette ville et de cette École, M. le Professeur Edouard Bureau, du Muséum, un de ces Nantais que Nantes est si fière de voir s'illustrer dans la capitale.

C'est encore un enfant de Nantes et un ancien élève de notre École qui représente ici la Société Nationale de Chirurgie. Cette illustre compagnie ne pouvait rester insensible en présence des honneurs rendus à deux de ses plus illustres fondateurs. Elle a délégué pour la représenter M. le Professeur Kirmisson, dont les beaux travaux sur la chirurgie des enfants viennent d'être récompensés par une Chaire à la Faculté de Médecine de Paris.

Enfin, Messieurs, les Présidents des Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, actuellement ouverts dans notre ville, ont tenu à rehausser, par leur présence, l'éclat de cette fête.

Mais ce n'est pas tout : aux maîtres qu'un pieux souvenir a ramenés pour ainsi dire en pèlerinage vers le lieu où leur jeunesse s'est écoulée, ces lieux que l'on ne peut revoir sans éprouver un sentiment très doux et en même temps un peu mélancolique, en songeant au temps qui passe, à ces maîtres sont venus se joindre une foule d'illustrations médicales et chirurgicales de la France et de l'étranger.

Cet empressement, Messieurs, ne saurait nous surprendre : C'est que l'hommage que nous rendons aujourd'hui à la mémoire de Maisonneuve et de Chassaignac dépasse la portée d'une solennité locale. Ce n'est pas seulement la ville de Nantes, c'est la France tout entière qui est glorieuse des progrès que ses deux illustres enfants ont fait faire à la chirurgie ; c'est le monde entier qui profite des grandes découvertes scientifiques et qui célèbre la mémoire des savants, à quelque nation qu'ils appartiennent. Il est toutefois bien flatteur pour notre ville d'être le siège de cette solennité et je dois, au nom des Nantais, adresser des remerciements à tous ceux dont la présence lui donne tant d'éclat ; mais nous serions des ingrats si nous ne témoignions ici une véritable gratitude à nos confrères et à nos collègues de Paris qui, en nous laissant le soin d'élever un monument à la mémoire de Chassaignac et de Maisonneuve, ont permis à la ville de Nantes et à son École de médecine d'être les premières à honorer le souvenir de ces deux grands chirurgiens.

Le dernier siècle a fait faire à la chirurgie plus de progrès peut-être à lui seul que les dix-huit siècles précédents. L'anesthésie générale et locale, d'une part, l'antisepsie et l'asepsie, d'autre part, sont les deux grandes découvertes qui dominent toutes les autres. Il est permis de dire que ce sont là les deux plus grands bienfaits que la science du XIXe siècle ait apportés au genre humain.......

Eh bien ! Messieurs, ce siècle qui finit si triomphalement pour la chirurgie a débuté par une période désastreuse qui s'est étendue presque à ses trois premiers quarts. Aux temps passés, nos pères, outre qu'ils étaient sans doute plus timides que nous dans leurs interventions, employaient pour leurs pansements une foule de baumes et d'onguents. Ils utilisaient largement le fer rouge et, dit-on, l'huile bouillante. Ils faisaient de l'antisepsie sans le savoir et leurs succès étaient, paraît-il, assez remarquables. Au début du XIXe siècle, les chirurgiens, ne pouvant s'expliquer scientifiquement l'action des topiques souvent bizarres préconisés par leurs anciens, les délaissèrent peu à peu et la chirurgie entra dans une période de tâtonnement où l'on essaya les pansements au cérat, à l'air libre, à l'eau froide, à l'alcool, à la glycérine ; où s'élevèrent des discussions interminables sur l'occlusion, la réunion et la non réunion des plaies. Cette période qui dura jusqu'aux débuts de l'ère antiseptique, fut une époque absolument néfaste.

La chirurgie, cet art si grand, si passionnant, si redoutable, qui chaque jour met entre nos mains la vie de nos semblables et qui nous donne aujourd'hui tant de succès, était alors attristée par des désastres sans nombre. L'érysipèle, l'infection purulente, décimaient les opérés. La réunion par première intention d'une plaie située ailleurs qu'à la tête semblait presque un miracle. On ne donnait pas un coup de bistouri sans trembler pendant plusieurs jours de peur d'une complication. Qu'on lise les Bulletins de la Société anatomique de Paris remontant à trente ou quarante ans : c'est un véritable nécrologe avec presque autant d'autopsies que d'observations de grande chirurgie opératoire.

Au milieu de cette triste période, deux hommes parurent qui, par leurs travaux, leur hardiesse, leurs inventions géniales, leur confiance sans bornes dans l'avenir de la chirurgie, lancèrent notre art dans des voies nouvelles et furent pour ainsi dire les précurseurs de l'ère de progrès et de sécurité qui devait bientôt s'ouvrir. Ces deux hommes, dont la gloire posthume égale ou dépasse celle d'un Dupuytren, d'un Velpeau ou d'un Nélaton, furent nos compatriotes Chassaignac et Maisonneuve.

Quand nous voyageons en pays de montagnes, il arrive souvent que les plus fiers sommets nous soient cachés par de moindres hauteurs ; mais si, revenus dans la plaine, nous nous retournons pour jeter un regard sur le chemin

parcouru, nous embrassons l'ensemble de la chaîne imposante et les pics les plus élevés nous montrent leur véritable grandeur. De même, perdus au milieu des sommités scientifiques de leur temps et souvent éclipsés par elles, Chassaignac et Maisonneuve ne furent point pendant leur vie appréciés à leur juste valeur. Mais ces hommes avaient augmenté notre patrimoine scientifique et, quand ils furent entrés dans l'éternel repos, quand leurs œuvres trouvèrent des juges sans animosité et sans jalousie, il suffit du recul de quelques années pour montrer combien ils étaient grands et quelle place ils tenaient parmi les chirurgiens du dernier siècle.

Chassaignac (Pierre-Edouard-Marie), dont le père occupait à Nantes les fonctions de contrôleur de l'octroi, naquit dans cette ville le 24 décembre 1804. A l'âge de 11 ans, il eut la douleur de perdre sa mère. Ce malheur et l'impression très vive qu'il en ressentit furent pour lui le signal d'une transformation complète.

D'enfant paresseux et indiscipliné qu'il était, nous dit un de ses biographes, il devint un des plus brillants élèves du Collège de Nantes. A l'École de Médecine, ses succès continuèrent. Il devint interne à l'Hôtel-Dieu, prosecteur à l'École, et reçut de nos prédécesseurs un enseignement solide et méthodique qui fut la base de sa grandeur future. Il n'oublia jamais la reconnaissance qu'il devait à ses premiers maîtres, et particulièrement au Dr Fouré, alors Directeur de l'Ecole. Je dois à la bienveillance de M. l'Ingénieur des Ponts-et-Chaussées Chéguillaume la communication d'une série de lettres de Chassaignac à Fouré, dans lesquelles le grand chirurgien de Paris témoigne à son vieux maître une reconnaissance et une amitié vraiment filiales. En quittant notre École, Chassaignac vint à Paris pour terminer ses études. Il désirait vivement devenir interne des Hôpitaux. Malheureusement pour lui, un règlement établissant une limite d'âge et fixant à 25 ans cette limite, fut institué au moment même du concours, et Chassaignac, trop vieux de quelques jours, ne put être nommé. Il en eut un grand regret, et serait revenu s'établir en province, si l'un de ses maîtres, Alphonse Robert, pressentant la valeur du jeune élève, ne l'avait engagé à concourir pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté de Paris. Cette fois, Chassaignac réussit. Il devint bientôt prosecteur (1833), puis agrégé (1835). Il fut enfin nommé chirurgien des Hôpitaux (28 août 1840).

Là, s'arrête le cours de ses succès officiels : on dirait que la malechance, qui l'avait empêché d'arriver à l'internat des Hôpitaux, va de nouveau s'acharner sur lui. Dans l'espace de quinze années, de 1836 à 1851, il concourut huit fois pour des chaires de chirurgie ou d'anatomie vacantes à la Faculté de Médecine. De ces concours restent huit thèses dont quelques-unes sont des modèles de discussion scientifique. Malgré cette ténacité toute bretonne, il ne devint jamais professeur à la Faculté de Paris. Ces échecs ne furent pas sans amertume pour Chassaignac : mais le suffrage de juges impartiaux, l'accroissement de sa notoriété scientifique et de sa clientèle, son beau service d'hôpital, et par-dessus tout le bonheur qu'il trouvait dans sa famille, le consolèrent bientôt. Un fragment d'une lettre écrite au Dr Fouré, le 5 juin 1851, après un des échecs, montrera mieux que je ne pourrais le faire, quel était à cette époque l'état d'esprit de Chassaignac :

« Je dois vous dire, mon cher Monsieur Fouré, que, sauf « une tribune officielle où il m'eût été donné de faire de « l'enseignement comme je le comprenais, il ne manque rien « à mon bonheur. Marié suivant mes goûts les plus intimes, « et satisfait au delà de toute expression du choix que j'ai « fait et qui réalise tous mes rêves de bonheur domestique, « père d'un charmant petit garçon qui me donne déjà, quoi- « que au berceau, les plus heureux pressentiments d'avenir ; « à la tête de la chirurgie d'un grand hôpital où je puis sans « cesse appliquer le résultat de mes études antérieures et « les idées nouvelles que chaque jour m'apporte ; pourvu « d'une clientèle honorable qui suffit largement aux besoins « de ma famille, je ne pourrais, en me plaignant, que mécon- « naître avec ingratitude ce que la Providence et la Société « ont fait pour moi. »

N'est-elle pas d'une sérénité admirable, cette lettre écrite par un candidat dont la ténacité n'eût d'égale que l'infortune et qui croyait, non sans raison peut-être, avoir fourni dans plusieurs de ces concours, les meilleures épreuves ?

Les insuccès de Chassaignac dans les concours de la Faculté peuvent s'expliquer aisément : n'ayant point traversé l'internat des Hôpitaux, il n'avait pu se ménager ni l'appui de chefs illustres, ni la précieuse camaraderie de collègues destinés à le devenir. D'autre part, il ne voulait rien demander. La brigue et les sollicitations lui étaient odieuses. Son indépendance d'esprit s'affirma dès ses débuts : en 1834, à l'âge de 30 ans, à la fin d'un rapport sur les travaux de la Société anatomique dont il était le secrétaire, il écrit les lignes suivantes :

« C'est seulement à la condition d'une liberté absolue des « discussions que peut prospérer une société où se trouvent « des jeunes gens qui ont déjà un noble instinct de leur « indépendance. »

Chassaignac n'était donc d'aucune coterie, d'aucun groupe. Il ne comptait que sur lui-même. En outre, dans son ardeur à défendre ses idées, Chassaignac manquait d'indulgence pour les opinions d'autrui. Il ne craignait pas de taxer d'ignorance ou de déraison les auteurs des doctrines ou des tentatives opératoires qu'il jugeait erronées ou mal conduites. Il eut donc des adversaires nombreux, et parmi ceux qui n'étaient animés d'aucune hostilité contre lui, beaucoup étaient effrayés par son esprit novateur et son audace. Le concours pour les chaires de la Faculté de Paris ayant été aboli, Chassaignac renonça définitivement à poursuivre le professorat. Il se consacra tout entier, dans son service d'hôpital, aux travaux qui devaient lui donner bientôt une réputation universelle.

Il avait déjà publié, outre ses thèses, divers mémoires parmi lesquels nous citerons sa petite note sur le tubercule de la sixième vertèbre cervicale, auquel il proposa de donner le nom de tubercule carotidien, et que l'on désigne très justement sous le nom de tubercule de Chassaignac. La découverte de ce précieux point de repère aurait suffi pour conserver le nom de Chassaignac, car on parlera du tubercule de la sixième cervicale tant qu'on étudiera la médecine opératoire. Mais ses principaux titres de gloire furent les travaux qu'il accomplit entre 1850 et 1860. Les hémorragies, la stagnation du pus, et surtout l'infection purulente, voilà les ennemis que Chassaignac se proposait surtout de combattre.

Aux hémorragies, il opposa l'écrasement linéaire, et inventa son célèbre écraseur, qu'il mit trois ans à perfectionner. Cet instrument fut d'abord l'objet d'attaques violentes autant qu'injustes. On essaya d'attribuer la méthode à Mayor, et l'instrument fut âprement critiqué. Mais, d'une part, Mayor n'avait jamais songé à enlever une tumeur en quelques minutes par l'écrasement d'un pédicule naturel ou artificiel, et, d'autre part, l'instrument de Chassaignac donna de tels résultats que la méthode et l'instrument se répandirent bien vite dans le monde chirurgical tout entier. Un instrument qui permettait de couper sans hémorragie la langue, les hémorroïdes et les tumeurs les plus vasculaires n'était certes pas à dédaigner. Mais, au moyen de son instrument, Chassaignac pensait combattre l'infection purulente elle-même. C'est pour cela qu'il étendit outre mesure les applications de sa méthode, lorsqu'il tenta, à l'aide de son écraseur, d'enlever des tumeurs du sein et même d'amputer des membres. Il y renonça du reste de lui-même.

En résumé, l'écraseur de Chassaignac est demeuré pendant trente ans un instrument précieux et d'un usage commun. L'antisepsie, le thermo-cautère et le pincement préventif des vaisseaux ont limité peu à peu son emploi. Il reste cependant dans nos vitrines comme un modèle de puissance, d'ingéniosité et de simplicité.

L'infection purulente, dont Maréchal avait donné en 1828 une théorie séduisante, celle de la pénétration du pus dans les veines, fut pendant un demi-siècle le cauchemar des chirurgiens, l'ennemi contre lequel ils dirigeaient toutes leurs attaques. Chassaignac prit une grande part à cette lutte ; il eut l'honneur de préparer la défaite du monstre et

le triomphe de la chirurgie. par l'invention du drainage chirurgical, méthode merveilleusement simple et efficace, qui restera probablement une des meilleures sauvegardes du chirurgien, tant que l'antisepsie ne sera pas infaillible.

Pendant les dix années qu'il consacra à ses recherches, réunies dans son beau *Traité de la Suppuration et du Drainage chirurgical* (1859), il étudia toutes les variétés de la suppuration dans les divers organes et décrivit notamment l'ostéomyélite et les abcès sous-périostiques, maladies absolument inconnues avant lui.

A la même époque, se rattachent ses leçons de clinique chirurgicale de Lariboisière sur l'ablation simultanée des deux amygdales (1854), sur l'application de l'écrasement linéaire au traitement des hémorrhoïdes (1858), et son mémoire sur le chloroforme. Plus tard, il publia dans le *Dictionnaire de Jaccoud* un article magistral sur la fissure à l'anus et il travaillait encore à un livre sur les suppurations osseuses, l'un de ses sujets favoris, qaand la mort vint le surprendre.

En 1864, atteint par la limite d'âge, Chassaignac quitta Lariboisière, le nouvel hôpital qu'il avait illustré en y passant les dix années les plus brillantes de sa carrière, dans ce service de chirurgie où l'on venait de toutes parts le voir opérer, car il était, paraît-il, un remarquable opérateur et l'on voulait voir fonctionner ses instruments nouveaux. Mais ce fut avant tout un esprit rempli d'idées, un cerveau toujours en travail. « C'est étonnant ce que l'on perd d'idées », disait-il à l'un de ses internes, aujourd'hui l'un des maîtres les plus respectés de l'École de Nantes (1). Chassaignac aurait voulu avoir un secrétaire chargé de noter chacune de ses idées nouvelles pour la garder en réserve jusqu'au jour de l'application. Le grand chirurgien aurait pu se consoler des idées perdues en songeant que celles qu'il a pu appliquer lui-même suffiront pour l'immortaliser.

Il était déjà retraité des hôpitaux lorsque, bien tardivement, en 1868, il fut nommé membre de l'Académie de Médecine. Il avait été, en 1843, l'un des 17 fondateurs de la Société de Chirurgie et il en fut le président en 1857. Il y défendit vivement ses doctrines et ses inventions. Sa discussion, parfois plus que vive, porte en revanche le caractère d'une entière sincérité. S'il n'hésite pas à accuser ses adversaires de mauvaise foi et de jalousie dans ses communications sur l'écrasement des hémorrhoïdes, par exemple, il leur livre en terminant sa statistique complète, ses observations détaillées et il ajoute : « Est-ce que je ne donne « pas, par leur publication intégrale, le moyen de rectifier « sur le champ mon erreur ? Se fermer volontairement toute « porte échappatoire, fournir contre soi-même toutes les « armes nécessaires en cas d'abus, n'est-ce pas là le cachet « de la bonne foi scientifique la plus complète ? »

Chassaignac était à l'apogée de sa carrière, lorsque sa petite fille, qu'il adorait, lui fut enlevée par le croup.

Son chagrin fut immense et sa santé robuste, ébranlée par ce coup terrible, ne fit dès lors que décliner.

Il mourut le 26 août 1879 à la suite d'un accès d'angine de poitrine.

Maisonneuve (Jacques-Gilles), émule et rival de Chassaignac, un peu plus jeune que son illustre compatriote, naquit à Nantes le 10 décembre 1809.

Issu d'une vieille famille nantaise, il fut élevé d'abord dans une petite pension religieuse de Nantes, puis au collège de Vannes. A l'âge de 16 ans, il commençait à l'École de Médecine de Nantes d'excellentes études et se tenait toujours au premier rang. A l'âge de 20 ans, il se rendit à Paris, devint externe des Hôpitaux (1830), puis interne, le cinquième de sa promotion (1831). Nommé prosecteur en 1834, il commençait deux ans après, à l'âge de 27 ans, à concourir pour le Bureau central. Il ne fut nommé cependant chirurgien des Hôpitaux de Paris que six ans plus tard, en 1842, et ce fut là son dernier succès dans les concours, car il échoua toujours à la Faculté. Les mêmes motifs qui avaient fait écarter Chassaignac se retrouvèrent encore plus puissants pour éloigner Maisonneuve, et jamais il ne fut professeur. Mais il avait dans son service de chirurgie de quoi donner libre carrière à son activité et à son ardeur. Il l'aima tant, d'ailleurs, ce service, que le jour où l'âge de la retraite eut sonné pour Maisonneuve, il fallut presque lui faire violence pour qu'il laissât le champ libre à son successeur.

A peine chirurgien des hôpitaux, Maisonneuve montra quel travailleur il était. En six années de service au Bureau central, il rassembla les éléments d'une statistique de 11,644 hernies abdominales de toute sorte.

Il avait déjà publié à l'âge de 31 ans ses belles recherches restées classiques sur la fracture du péroné. Il avait osé reprendre après Dupuytren l'étude de cette question qui semblait épuisée et l'idée même de ce travail nous montre bien un côté du caractère de Maisonneuve : peu confiant dans la parole du maître, il ne croyait que ce qu'il avait vu lui-même. Il avait au contraire dans la puissance de la chirurgie et surtout dans sa propre puissance, une confiance extraordinaire. Il était d'un optimisme presque sans limites.

Nous avons vu quels revers attristaient la chirurgie avant l'invention de la méthode antiseptique. Maisonneuve n'en annonçait pas moins la disparition prochaine des accidents opératoires et il ajoutait ; « Cette conclusion, qui paraîtra « peut-être un peu ambitieuse, n'est déjà plus à l'état spécu- « latif ; elle est entrée désormais dans le domaine des faits, « ainsi que le constate le résultat de notre pratique à l'Hô- « tel-Dieu où le chiffre de la mortalité consécutive aux opé- « rations atteint à peine deux ou trois pour cent. » Les statistiques sont complaisantes. Si Maisonneuve avait une excessive confiance en soi, ce qui est peut-être une qualité essentielle pour un chirurgien novateur, il était sévère pour ses collègues. Un jour qu'un maître du plus haut mérite se plaignait devant lui de l'insalubrité des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris, Maisonneuve lui répondit : « Il n'y a pas de mauvais services de chirurgie ; il n'y a que « de mauvais chirurgiens. « Avec de telles formes de langage, Maisonneuve ne pouvait avoir beaucoup de ces amitiés si précieuses pour qui veut réussir à Paris.

Ce trait de caractère auquel nous pourrions en joindre bien d'autres analogues, nous l'empruntons à l'éloge de Maisonneuve, prononcé le 31 janvier 1900, devant la Société de Chirurgie, par M. Reclus, secrétaire général, l'une des plumes les plus élégantes de la docte Société.

M. Reclus a tracé de Maisonneuve un portrait inimitable, qui fait revivre aussi bien l'homme privé que le grand chirurgien, et nous donne presque l'illusion de l'avoir connu. Cet éloge de Maisonneuve est dans toutes les mémoires et je n'essaierai pas de vous en donner une pâle imitation. Je préfère montrer comment Maisonneuve s'est rendu digne des honneurs que nous rendons aujourd'hui à sa mémoire en envisageant chez lui d'abord le savant et ses doctrines, puis l'opérateur et son audace extraordinaire, enfin l'inventeur de l'opération de l'anastomose intestinale et de l'uréthrotome.

Comme tous les chirurgiens de son époque, Maisonneuve a cherché à pénétrer le plus possible la nature des accidents consécutifs aux plaies et opérations, tels que la fièvre traumatique, l'infection purulente, l'infection putride. Il se rallia, pour l'infection purulente, à la théorie de la phlébite et de la pénétration du pus dans les veines, et enfin il formula sa doctrine générale de l'intoxication qui consiste à con- « sidérer tous les accidents fébriles consécutifs aux blessu- « res ou aux opérations, comme le résultat exclusif de la « pénétration de substances toxiques dans le torrent circu- « latoire ».

Remarquez, Messieurs, qu'il suffirait d'un mot pour rajeunir de cinquante ans la théorie de Maisonneuve : il suffirait d'ajouter que les substances toxiques sont fabriquées par des micro-organismes qui ont infecté la plaie, et nous aurions la théorie des toxines. La doctrine de Maisonneuve le conduisit logiquement à ne plus vouloir employer le bistouri : puisque l'incision des vaisseaux ouvre la porte à l'infection, ne les coupons plus. Écrasons, arrachons, opérons par la méthode sous-cutanée, brisons les os au lieu de les

(1) M. le professeur Heurtaux.

scier, ne laissons plus une plaie vive au contact de l'air qui fait pourrir les liquides organiques et les rend aptes à infecter l'économie !

Maisonneuve critique vivement l'œuvre de la période chirurgicale représentée par Dupuytren, Roux, Lisfranc, période où « le génie des chirurgiens semblait s'être absorbé dans « le futile perfectionnement des procédés opératoires, sous « le point de vue de l'élégance et de la précision ».

Plus loin, après avoir célébré la découverte du chloroforme, il ajoute : « Dédaignant cette prestidigitation chirurgi- « cale dont ils avaient reconnu la futilité, les chirurgiens « s'attachèrent à perfectionner les procédés opératoires en « se plaçant au seul point de vue véritablement sérieux, « celui de la sécurité. »

Cependant, malgré sa foi dans les progrès de la chirurgie, Maisonneuve ne peut s'empêcher de laisser percer un doute, et il termine sa leçon par ces paroles moins consolantes : « Bien que les accidents opératoires aient diminué dans « d'immenses proportions, ce sera l'œuvre de bien des géné- « rations encore que d'obtenir leur suppression définitive. »

Ici, le grand chirurgien n'était pas bon prophète : mais pouvait-il se douter que, moins de vingt ans après ces leçons, le bistouri serait réhabilité, et qu'il suffirait pour cela d'une étuve, d'un peu d'eau bouillie et d'un peu de savon ?

Nous ne ferons que signaler les nombreux mémoires de Maisonneuve sur les cancers, les coxalgies, la luxation du sternum, la luxation médio-carpienne en arrière, le périoste et ses maladies, les maladies de l'ovaire, etc. Nous avons préféré nous étendre un peu sur les idées doctrinales du grand chirurgien. On a vu quel était leur intérêt à l'époque où vivait Maisonneuve. Un mot maintenant sur les qualités de l'opérateur.

La première était l'audace, mais une audace parfaitement raisonnée. Le premier il osa opérer à Paris un kyste de l'ovaire. Il eut le chagrin de ne pas réussir, alors qu'en Angleterre on comptait déjà nombre de succès, et qu'en France, plusieurs chirurgiens de province avaient réussi. Le milieu nosocomial fut la cause de cet échec. Il lia le premier l'artère vertébrale. Il enleva les deux maxillaires supérieurs à la fois. Il désarticula la mâchoire inférieure en totalité. Il fut un des premiers partisans de la méthode sous-périostée. Il fit l'ostéoclasie du col du fémur dans un cas d'ankylose. Il opéra nombre de polypes naso-pharygiens. Il était si hardi dans ses interventions qu'on lui envoyait les cas jugés inopérables dans les autres services, et parfois ses interventions audacieuses étaient couronnées de succès

Mais ce qui assure à Maisonneuve l'immortalité, c'est le véritable génie qui se révèle dans plusieurs de ses inventions instrumentales ou opératoires. Je ne parlerai pas de la cautérisation en flèches ; cette méthode est pourtant bien caractéristique de l'esprit de Maisonneuve, du chirurgien qui ne peut se résoudre à reculer et qui, certain d'être vaincu, attaque l'ennemi quand même. Citerai-je la curieuse tentative de cure radicale faite en invaginant le scrotum dans l'anneau et en le faisant ressortir par une incision de la paroi abdominale antérieure ? ou bien le stratagème qu'il conseille pour faciliter l'injection de teinture d'iode dans le sac herniaire ? Je préfère vous parler seulement des deux inventions capitales du grand chirurgien : l'entéro-anastomose et l'uréthrotome.

Considérant la gravité de l'anus artificiel placé sur l'intestin grêle, Maisonneuve pensa qu'il conviendrait d'accoler ensemble deux anses situées l'une au-dessous, l'autre audessus de l'obstacle et, en 1844, il fit, sur le chien, huit opérations d'anastomose intestinale dont plusieurs réussirent parfaitement.

Dans son mémoire présenté à l'Académie des Sciences, il décrit minutieusement l'opération chez l'homme, comme si elle devait être pratiquée. Il conseille l'emploi de la suture de Gély, chirurgien nantais de grand talent. Maisonneuve n'osa jamais faire chez l'homme l'anastomose intestinale. Il recula devant la crainte de la péritonite et sans doute il eut raison. C'est d'Allemagne que devait nous revenir l'opération de Maisonneuve rendue presque inoffensive par l'antisepsie. L'intervention instrumentale la plus merveilleuse de Maisonneuve fut son uréthrotome. Dans son enthousiasme, M. Reclus va jusqu'à la qualifier de miraculeuse.

Eh bien ! cette instrumentation si parfaite, cette opération si géniale, si inoffensive entre des mains prudentes, comme le prouvent les milliers d'opérations pratiquées à Necker, furent attaquées au moment de leur apparition avec la dernière violence. Maisonneuve, qui présenta son uréthrotome au concours de l'Académie de Médecine pour le prix d'Argenteuil, n'obtint qu'une récompense dérisoire. Pourtant, l'uréthrotome s'emploie aujourd'hui, après un demi-siècle, plus qu'au premier jour et plus de cent mille instruments ont été vendus.

Je m'arrête, Messieurs. Le grand chirurgien dont je viens de vous rappeler les principales œuvres, atteint par la limite d'âge, dut quitter son service de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1872. En 1875, il eut la douleur de perdre sa femme et, quelques années plus tard, sa fille, Mme Terrien de la Haye, tombait malade de la poitrine. Maisonneuve revint en Bretagne pour soigner sa fille et quand elle eut succombé, il ne retourna pas à Paris. Il vécut encore 18 ans dans son château de la Roche-Hervé, opérant encore à l'occasion. Je me souviens d'avoir reçu dans mon service une jeune fille envoyée par Maisonneuve. Elle était atteinte d'un gros sarcome de la cuisse et portait dans sa tumeur une ou deux flèches de chlorure de zinc. Il continuait à suivre les progrès de la chirurgie. Son fils, M. l'ingénieur Similien Maisonneuve, m'a confié deux volumes de Clinique chirurgicale annotés de la main de l'illustre vieillard. Aux méthodes qu'il préconisait naguère, Maisonneuve ajoute d'une main déjà tremblante : « les pansements antiseptiques ».

Le grand chirurgien succomba à 88 ans. Il put assister à l'épanouissement de la chirurgie aseptique. Il sut que l'anastomose intestinale qu'il avait inventée était pratiquée avec succès. Il put voir s'ouvrir pour ses successeurs l'ère de sécurité chirurgicale qu'il désirait si ardemment et à l'avènement de laquelle il avait tant travaillé.

Messieurs,

En présence de ces deux monuments, dus au talent d'artistes nantais, c'est avec un véritable sentiment de fierté que nous nous souvenons des liens qui rattachent Chassaignac et Maisonneuve à notre ville et à notre École de Médecine où ils ont reçu les premiers principes de notre art. Sans doute, ils n'ont étudié à Nantes que quelques années, et ils ont trouvé à Paris l'émulation, les grands maîtres, les illustres exemples et des moyens d'apprendre que l'on trouve difficilement en province. Cependant, sans exagérer la part qu'elle a prise à la formation scientifique et au développement intellectuel de ces deux grands hommes, l'École de Médecine de Nantes peut se féliciter à juste titre d'avoir donné les premiers enseignements à deux chirurgiens d'un esprit génial, dont les inventions et la hardiesse ont contribué à élargir le domaine de la chirurgie, à préparer l'avènement de l'ère antiseptique, à augmenter, en un mot, le patrimoine scientifique de la France et de l'humanité.

Après cet éloge des plus applaudis, M. Bureau, au nom de l'Académie de médecine, et M. Kirmisson, au nom de la Société de chirurgie, ont prononcé des allocutions sur les travaux et la haute valeur des deux chirurgiens.

Le maire de Nantes a remercié alors les promoteurs de la souscription et fait l'éloge des artistes distingués à qui sont dus les monuments : M. Bareau pour Chassaignac et M. Le Bourg pour Maisonneuve.

LES ÉPIDÉMIES

La peste à Marseille. Le lazaret du Frioul. — Il n'y a pas eu de nouveau cas de peste parmi les passagers du *Sénégal*. Mais tous ces derniers, retenus en quarantaine au lazaret du Frioul, sont unanimes à se plaindre de cet établissement qui n'a pas été modifié malgré les énergiques réclamations des passagers du *Laos*, internés il y a quelques mois dans le même établissement. M. R. Poincarré au Parlement et le D. Bucquoy à l'Académie de Médecine se feront

les interprètes des doléances des internés du Frioul. En attendant, nous empruntons à une dépêche des *Débats* une description réaliste du lazaret.

« Ces lazarets, quoique bien construits, sont abandonnés, ouverts à toutes les intempéries : pas une porte qui ferme, pas un volet qu'on puisse fixer. Dans les dortoirs, l'humidité est telle que les plâtres tombent des plafonds. Les chaises, et peut-être bien aussi les lits, sont infestés de punaises : dans un dortoir, on en a tué dix-sept en quelques instants. Mais rien ne peut donner une idée de la malpropreté des lieux : c'est un véritable scandale. Inutile de dire que les literies sont couvertes de taches douteuses, les murs de bêtes écrasées, les portes de crachats, et que le parquet ne semble pas avoir été lavé depuis qu'il a été posé. Cette écœurante malpropreté nous fait vivement souffrir. Des plaintes ont été adressées par les Belges à leur gouvernement. Celui-ci s'est empressé de signaler l'état de choses au gouvernement français, lequel a délégué le préfet avec charge de faire une enquête.

La conséquence en a été que le médecin de la Santé, un brave homme, qui est le dévouement même, mais ne peut s'occuper que de ce qui le concerne, a été blâmé ! Mais aussi, pour la première fois ce matin, je sens qu'on a aspergé les corridors d'acide phénique ; et nous sommes prévenus que nous pouvons obtenir de l'insecticide Vicat pour nous préserver de la vermine.

Inutile de dire que notre cuisine et notre table sont à l'avenant de nos lazarets. Je ne vous les décrirai pas. Le personnel n'est évidemment pas choisi. Rares sont les gens, même parmi les plus pauvres, qui consentent à s'exposer, pour un salaire très élevé cependant. Cuisiniers et serveurs semblent convaincus qu'on ne se préserve qu'en buvant immodérément.

Nous sommes autorisés à faire venir des comestibles de Marseille ; on les délivre par une grille à un employé de la Santé, lequel nous les remet à travers une seconde grille, placée à trois mètres plus loin. Les léproseries du moyen âge avaient déjà imaginé ce procédé.

Avec quel bonheur nous avons fait venir du bon pain pas aigre, du chocolat, de la confiture et un gros jambon ! »

Le moindre commentaire serait, à notre avis, superflu.

La peste à Naples. — Il ne se serait pas manifesté de nouveaux cas de peste à Nisida, ni à Naples et les très sévères mesures prises par le gouvernement semblent avoir enrayé l'épidémie. Le D. Salimbeni, de l'Institut Pasteur, qui devait partir en mission pour le Brésil afin d'y étudier la fièvre jaune, a renvoyé son voyage et est parti pour Naples, avec une grande quantité de sérum antipesteux de Yersin. Les villes de Gênes et de Palerme ont par précaution réclamé une certaine quantité de ce sérum.

La petite vérole à Londres. — On sait que la petite vérole à Londres fait de sérieux progrès et que deux faubourgs sont dès à présent envahis. Ceci paraît être la conséquence de la campagne antivaccinatrice. Les antivaccinateurs sont parvenus à obtenir du Parlement un bill qui ne détruit pas l'obligation de la vaccine, mais permet d'en dispenser les enfants dont les parents viennent faire devant un magistrat une déclaration de méfiance à l'égard du vaccin. Peut être la façon brutale et maladroite dont se pratiquait trop souvent la vaccine obligatoire en Angleterre est-elle pour beaucoup dans le résultat de la campagne antivaccinatrice.

La petite vérole au Canada. — La révélation faite par les médecins que la petite vérole régnait déjà depuis quelque temps à Ottawa a produit une vive émotion dans toute la ville. On avait tenu secrète cette information de crainte qu'elle ne fût un empêchement à la visite du duc et de la duchesse de Cornouailles. (*Morning Leader*).

La fièvre typhoïde à Saint-Pétersbourg. — Une épidémie de fièvre typhoïde d'une grande violence sévit à Saint-Pétersbourg; il y a plus de 1,500 cas dans les hôpitaux (*Daily Express*).

Inauguration du monument de Pasteur.

Le monument de Pasteur a été inauguré dimanche, à Arbois, où s'écoulèrent les premières années de l'illustre savant. M. Decrais, ministre des colonies, présidait la fête ; M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, délégué par M. Leygues, ministre de l'instruction publique ; M. Cailletet, de l'Académie des Sciences, et toutes les autorités civiles et militaires du département l'assistaient. Le maire de la ville, M. Boilley, recevait les invités. Il avait près de lui Mme Pasteur, M. Jean-Baptiste Pasteur fils, ministre plénipotentiaire, et sa femme, M. et Mme Vallery-Radot. C'est sur la grand'place de la ville, où s'élève le monument consécratif de Louis Pasteur, qu'a eu lieu la fête. L'œuvre est de M. Daillon, sculpteur, et de M. Debraie, architecte. Louis Pasteur y est représenté assis dans un large fauteuil, et l'on retrouve son regard profond et son large front pensif. Aux deux côtés du piédestal, très sobre, deux bas-reliefs, l'un représente un groupe villageois de vignerons et de bouviers symbolisant les services que Pasteur a rendus à l'agriculture, l'autre reproduit la vaccination de la rage. Le socle porte un médaillon à l'effigie du père et de la mère de Pasteur. Le maire a fait à la ville remise du monument ; MM. Chamberland et Cailletet ont parlé au nom de l'Académie des Sciences, puis M. Liard, et enfin le ministre des colonies, M. Decrais a proclamé l'éclat que M. Pasteur a jeté sur son pays :

« Oui, a-t-il dit, Pasteur a jeté sur son pays les rayons d'une gloire aussi pure qu'éclatante. Je le sais, moi qui ai passé quinze ans de ma vie à l'étranger, m'efforçant d'y faire aimer la France que j'avais l'honneur de représenter. Il était, pendant cette période, à l'apogée de sa renommée, et cette renommée s'étendait bien au delà des Facultés, des laboratoires et des académies. S'il y a eu dans le monde entier un Français populaire, c'est bien notre Pasteur. »

Un banquet de 150 couverts a réuni dans la salle des fêtes du collège Pasteur les invités de la municipalité.

Ecoles municipales d'infirmières.

Directeur de l'Enseignement : Dr Bourneville.

I. — *Ecole de la Salpêtrière.* — L'Ecole municipale d'Infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels le lundi 7 octobre à 8 heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration : M. Montreuil, directeur de la Salpêtrière ; — Eléments d'Anatomie : M. Schwartz, ex-interne des Hôpitaux, aide d'Anatomie à la Faculté ; — Eléments de Physiologie : M. le Dr J.-B ; Charcot, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des Hôpitaux ; — Pansements : Mme le Dr Pilliet-Edwards, ex-interne provisoire des Hôpitaux. — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés : M. le Dr Rothschild ; — Hygiène : M. le Docteur Paul-Boncour, ex-interne des Hôpitaux ; — Petite Pharmacie : M. le Docteur Viron, pharmacien des Hôpitaux.

Les Dames qui veulent suivre les Cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, n° 47, bureau de la Direction, de 9 heures du matin à midi. Les cours sont publics et gratuits.

II. — *Ecole de la Pitié.* — L'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié a ouvert ses cours professionnels le mercredi 2 octobre à 6 heures du soir. — L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration : M. Joly, Directeur de la Pitié ; — Eléments d'Anatomie : M. le Docteur Dauriac, ex-interne des Hôpitaux ; — Eléments de Physiologie : M. Poulard, interne des Hôpitaux ; — Pansements : M. le Dr Petit-Vendol, ex-interne des Hôpitaux ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés : M. le Dr Dubrisay, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des Hôpitaux; Hygiène : M. le Docteur Regnier, ex-interne des Hôpitaux ; — Petite Pharmacie : M. le Docteur Viron, pharmacien des Hôpitaux.

Les personnes qui veulent suivre les Cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue de Lacépède, n° 1, bureau de la Direction, de 8

heures du matin à 5 heures du soir. Les Cours sont publics et gratuits.

III. — *Ecole municipale d'infirmières de Lariboisière.* — L'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Lariboisière ouvrira ses Cours professionnels le mercredi 2 octobre à 8 heures du soir. — L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration : M. Faure, directeur de Lariboisière ; — Eléments d'Anatomie : M. le Dr Dauriac, ex-interne des Hôpitaux ; — Eléments de Physiologie : Mme le Dr Pilliet Edwards, ex-interne provisoire des Hôpitaux ; — Pansements : M. le docteur Isch-Wall, ex-interne des Hôpitaux ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés : M. le docteur L. Tissier, accoucheur des Hôpitaux ; — Hygiène : M. le Dr Cornet, ex-interne en pharmacie des Hôpitaux : — Petite Pharmacie : Mlle L. Napias, lauréate de l'École de Pharmacie.

Les personnes qui veulent suivre les Cours professionnels de l'École de Lariboisière doivent se faire inscrire à l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, n° 2, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Les Cours sont publics et gratuits.

Paris, le 25 septembre 1901.

Le Secrétaire général,

THILLOY.

Le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat,
Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

Ch. MOURIER.

FORMULES

XV. — Contre les Aphtes.

Sulfate d'alumine et de potasse...	4 gram.
Teinture de cachou..............	4 —
Miel rosat........................	30 —

en badigeonnage.

(*Bull. de thér.*)

XVI. — Contre l'aménorrhée.

Tartrate ferrico-potassique......	6 gram.
Extrait d'armoise..............	2 —
— d'absinthe...............	2 —
Aloès socotrin pulvérisé.........	1 —
Essence d'anis..................	III gouttes.

F. s. a. 50 pilules,

2 pilules à chaque repas.

(HUCHARD).

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 15 septembre au samedi 21 septembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,076 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 406, illégitimes 123. Total 529. — *Sexe féminin* : légitimes, 396. illégitimes. 151. Total, 547.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'apres le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 15 sept. au samedi 21 sept. 1901, les décès ont été au nombre de 740, savoir : 384 hommes et 356 femmes. Les deces sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 4 F. 4. T. 8. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fievre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 1, F. 1, T. 2. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 4, F. 6, T. 10. — Diphterie et Croup : M. 4, F. 3, T. 7. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 2, T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 101, F. 71, T. 172. — Tuberculose des méninges : M. 10. F. 10, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 5, T. 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 33. F. 23. T. 65. — Méningite simple : M. 4, F. 6, T. 10. — Congestion hemorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 25, F. 12, T. 37. — Maladies organiques du cœur : M. 14. F. 28, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 5, T. 8. — Bronchite chronique : M. 6, F. 5, T. 11. — Pneumonie : M. 8, F. 9, T. 17. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 14, T. 37. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 1, F. 2, T. 3 ; autre alimentation : M. 15. F. 24. T. 39. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 5, F. 5, T. 10. — Hernies, obstruction intestinale : M. 5, F. 5, T. 10. — Cirrhose du foie : M. 4, F. 5, T. 9. — Néphrite et mal de Bright : M. 9, F. 6, T. 15. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 0, T. 0. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12, F. 19, T. 31. — Débilité sénile : M. 8, F. 19, T. 27. — Morts violentes : M. 24, F. 7. T. 31. — Suicides : M. 15, F. 1, T. 16. — Autres maladies : M. 41. F. 41, T. 82. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 7, F. 1, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 57, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 16. illégitimes, 12. Total : 28. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 9. — Total : 29.

ENSEIGNEMENT LIBRE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Le Cours et les manipulations du nouveau service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (2e année) commenceront le mardi 5 novembre. Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels. Il peut donner lieu à un certificat. Pour les conditions s'adresser, 26, rue Dutot (service d'analyse).

LA PESTE A NAPLES. — D'après une dépêche de Rome du 27 septembre 1901, la situation devient meilleure. On n'a constaté aucun nouveau cas suspect. Toutefois, avant de se prononcer, il faut attendre sept jours, soit la période maxima de l'incubation de la peste. Le ministère de la guerre a prescrit des mesures de désinfection dans les casernes : de plus, les soldats en congé dans les provinces napolitaines devront, à leur retour, être isolés pendant trois jours et soumis à des visites médicales. De grandes précautions sont prises par la municipalité de Rome. On dit le gouvernement décidé *à agir sévèrement contre* les *médecins* et les *fonctionnaires* de Naples, qui ont trop tardé à dénoncer les cas suspects : les plus coupables seront déférés à la justice.

UNE MACHINE A COUDRE ENCORE INÉDITE. — Il s'agit d'une machine que vient de récompenser la Faculté de médecine. Elle ne coud pas des étoffes. Elle recoud simplement la peau humaine. Désormais, le chirurgien, après avoir rapproché les lèvres d'une blessure, n'aura plus qu'à adapter l'appareil pour exécuter à la mécanique une suture aussi rapide que parfaite. La Faculté a accordé à l'inventeur le prix Barbier. (*Le Journal.*)

MAISONS DE LA LÉGION D'HONNEUR. — D'un article du *Temps* sur *l'Ordre de la Légion d'honneur* nous extrayons ce renseignement : « Quant a ce qui a été dit d'une « laïcisation » des maisons de la Légion d'honneur, *cette laïcisation est effectuée depuis* 1882. »

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 41. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 12 OCTOBRE 1901

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Etude séméiologique des scléroses pulmonaires parasitaires.

Modifications du schème normal. Respirations anormales.

Par le Dr Gabriel **ARTHAUD.**

(*Suite et fin.*)

III. — AUSCULTATION. — Le troisième procédé le plus précis d'exploration du poumon, l'auscultation, est aussi celui avec lequel on peut obtenir le plus de renseignements sur l'état des organes thoraciques. Mais pour en tirer tout le parti qu'il comporte, il convient de le soumettre, lui aussi, à une étude plus parfaite et de le conduire à une précision plus grande.

Depuis Laënnec, l'auscultation du poumon a fait peu de progrès. Sauf les travaux de Lasègue et de Grancher, et on pourrait dire, presque malgré eux, l'auscultation perd de sa faveur première et on la délaisse tout en la pratiquant. Cette régression, à tous les points de vue malheureuse, est due en partie à la découverte de nouveaux procédés ; mais elle est due surtout à la déplorable habitude qui s'est peu à peu introduite de rechercher presque exclusivement, dans l'auscultation du poumon, les bruits adventices pathologiques.

C'est ainsi qu'aujourd'hui on parle, de préférence et d'abord, des râles, des frottements, accidentellement du souffle. Par contre, l'expiration prolongée, l'obscurité respiratoire, la bronchophonie, sont des faits pratiquement devenus des finesses que l'on perd le plus souvent l'habitude de rechercher. Malgré les persévérants efforts du professeur Grancher et de son école, malgré les progrès réalisés par eux, la rudesse, les respirations anormales, sont des faits qui restent incompris et inutilisés par la plupart des praticiens en France et à l'étranger. Nous n'avons pas la prétention d'être plus heureux que nos devanciers en luttant contre une tendance chaque jour plus accentuée ; nous avons toutefois l'espoir de montrer que l'auscultation est et reste encore le procédé le plus précis, le plus certain d'exploration du poumon, surtout dans la tuberculose.

a). *Etat normal.* — Nous rappellerons sommairement ce qu'est l'auscultation au point de vue physique. A l'état normal, l'oreille constate au moment de l'inspiration un bruit nettement complexe formé de deux éléments : 1° un son à caractère musical d'origine trachéale et bronchique ; 2° un son surajouté : « le murmure vésiculaire d'origine intra-pulmonaire. » A l'expiration se fait entendre seulement le son trachéal sans bruit surajouté. Ce sont là les trois éléments essentiels qu'il s'agit d'apprécier : 1° souffle inspiratoire ; 2° souffle expiratoire ; 3° murmure vésiculaire.

Pour bien apprécier leur répartition relative par rapport au temps et leur mode de superposition, on peut les indiquer sur un tracé respiratoire de l'ampliation thoracique, de manière à avoir le schème physique et graphique de l'auscultation normale.



FIG. 33.

Schème de la respiration puérile et de la respiration normale de l'adulte.

La première figure résume les phénomènes de la respiration de l'adulte et de l'enfant et montre la succession approximative, au point de vue chronologique, des divers éléments du bruit respiratoire.

Sur ce graphique, le murmure vésiculaire forme la partie la plus importante du bruit perçu à l'auscultation et cela d'autant plus nettement que le bruit vésiculaire ou lobulaire est plus superficiel et plus intense que le souffle trachéal.

On peut apprécier la durée de ce dernier en comparant les résultats de l'auscultation du hile ou de la trachée avec ceux de l'auscultation du parenchyme.

C'est par cette méthode que nous avons construit ce schème qui représente une moyenne d'observations sur

des poumons sains d'enfant ou d'adulte. L'élasticité parfaite de l'organe est facilement vérifiable sur le tracé par la régularité de la courbe expiratoire.

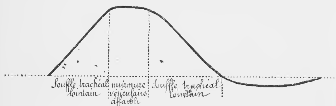


Fig. 31.
Schème de la respiration sénile.

Le schème de la respiration sénile représente comme le premier une moyenne d'observations. — Sur le tracé, on peut suivre facilement les progrès de la diminution de la stase pulmonaire d'après le léger degré d'expiration forcée qui est indiqué sur la courbe expiratoire.

Sur les poumons de ce genre on constate toujours l'affaiblissement du souffle bronchique transmis en même temps, et surtout la diminution comme durée et comme intensité du murmure vésiculaire ou souffle lobulaire.

De la comparaison de ces deux types externes de la respiration normale ou infantile et de la respiration sénile on peut déduire une conclusion simple, mais importante pratiquement.

A mesure que l'élasticité pulmonaire décroît, l'intensité du souffle transmis à travers le poumon change peu.

Tout au contraire, le murmure vésiculaire diminue rapidement d'intensité et de durée même pour des modifications très faibles de l'élasticité du poumon.

Si l'on applique maintenant à la respiration pathologique ces données ainsi résumées, on constate tout d'abord que toute inflammation légère de l'organe susceptible d'accroître momentanément l'élasticité du poumon entraînera comme conséquence l'apparition du schème de la respiration puérile.

De même, toute altération pouvant diminuer l'élasticité du poumon provoquera l'exagération des phénomènes propres à la respiration sénile.

Mais, comme dans tous les états pathologiques, il se produira une perturbation des fonctions de l'organe, la compensation s'effectuera par l'augmentation de vitesse du cycle respiratoire et l'amplitude plus considérable de l'expansion thoracique.

Dans ces conditions, des modifications vont forcément surgir et les schèmes pathologiques vont se montrer, les uns caractéristiques de l'inflammation ou de la congestion, les autres caractéristiques de la lésion temporaire ou durable du parenchyme pulmonaire.

Les schèmes des périodes inflammatoires ou congestives dans les affections du poumon se réduisent à deux qui, en raison de leur étiologie, sont fatalement de nature plus ou moins temporaires.

Au contraire, les schèmes qui accompagnent les lésions vraies de l'organe seront, de par la nature même des causes qui les produisent, d'une stabilité assez grande et d'une fixité absolue quand ils sont symptomatiques d'une lésion durable et profonde.

Nous décrirons d'abord les schèmes d'origine inflammatoire ou congestive qui n'ont pas à intervenir, sauf le cas de reprises aiguës, dans l'étude des scléroses pulmonaires. On pourrait, à ce point de vue, les négliger; mais ils interviennent fatalement comme éléments du diagnostic différentiel et ils sont trop peu connus pour qu'il soit possible de ne pas en parler tout d'abord ; ne serait-ce que pour les définir un peu mieux qu'on ne le fait d'habitude.

Le premier schème de ce genre qu'il convient de décrire parmi ceux qui consistent simplement en une exagération où une diminution des phénomènes normaux, sera celui de « *l'obscurité respiratoire* ».

Le second, moins mobile et moins passager, sera celui de la « *rudesse respiratoire* ».

L'un : le premier, l'obscurité respiratoire rappellera les caractères de la respiration sénile et sera toujours lié à une diminution de l'élasicité du poumon.

Le second : la rudesse sera, au contraire, en rapport avec l'augmentation de cette élasticité et représentera une exagération de la respiration puérile.

Dans les inflammations ou dans les congestions passives et les œdèmes du poumon, ces deux schèmes inverses vont se succéder, mais dans un ordre différent.

Dans l'inflammation, l'obscurité précédera la rudesse; dans les congestions passives ou les œdèmes, ce sera, en général, l'inverse.

L'obscurité respiratoire apparaît toutes les fois qu'une inflammation vive, une congestion prolongée, a provoqué un affaiblissement notable de la tonicité des muscles bronchiques. Elle apparaît parfois aussi dans les névroses par paralysies inhibitoires des muscles inspirateurs.

Elle peut être générale ou localisée, elle constitue les obscurités lobulaires du début des pneumonies, les obscurités en foyers disséminés du début des infections en général ; les obscurités des bases dans les congestions ou les œdèmes, etc.

Elle forme, surtout quand elle est *généralisée*, le symptôme pathognomonique de la poussée d'invasion du tubercule, comme nous l'avons antérieurement établi.

Les caractères de l'obscurité respiratoire sont ceux de la respiration sénile, mais exagérés.

Le souffle, le murmure vésiculaire, ce dernier surtout, subissent une diminution d'intensité variable, mais pouvant aller jusqu'à la disparition totale du bruit respiratoire.

La rudesse respiratoire telle que nous la comprenons, et qu'il convient de distinguer des respirations soufflantes à timbre rude, est la seule qui puisse être comparée à la respiration supplémentaire et à la respiration puérile.

Dans toutes les inflammations du poumon, elle succède immédiatement à la période d'obscurité qui souvent, comme dans la pneumonie, peut échapper par sa courte durée à l'attention de l'observateur.

Cette rudesse respiratoire vraie a pour origine évidente l'accroissement de la tonicité des muscles bronchiques ou, pour parler d'une façon plus générale, la tension plus marquée du sphincter lobulaire.

Elle a pour caractère essentiel, comme dans la respiration puérile, *l'accroissement d'intensité très exagéré du murmure vésiculaire seul*, avec un accroissement léger, mais toujours peu marqué relativement, du souffle trachéal.

Cette remarque permet d'éviter la confusion qui paraît s'être établie entre ce type respiratoire, qui est véritablement celui de la respiration supplémentaire, et le type des souffles rudes sans murmure vésiculaire dont nous parlerons ensuite.

Il est facile de voir sur ce schème que le bruit expiratoire normal, fusion de trois éléments distincts, présente un premier caractère important, il est *continu* et ne correspond qu'à une partie de la période de déplacement du thorax. Il varie suivant le moment d'intensité et de timbre, et il est formé essentiellement par un *élément dominant* : *le murmure vésiculaire*. On peut donc, au point de vue physique, définir le bruit respiratoire continu fourni par l'auscultation du poumon normal, comme un son complexe résultant de la fusion de deux éléments distincts : 1° un *souffle discontinu* d'origine bronchique comparable par ses caractères au son de percussion et présentant au niveau des premières voies un caractère musical, avec une tonalité basse et une intensité faible ; 2° un souffle complexe multiple, d'origine lobulaire, de caractère à peine musical, à tonalité haute et à intensité forte. Dans les respirations amples le premier élément prédomine, dans les respirations faibles et lentes, le second se présente presque pur.

Pour apprécier les variations pathologiques, il faut spécifier l'origine de ces bruits et étudier leurs modifications extrêmes à l'état normal. L'origine du souffle est connue, il provient de la mise en vibration du tuyau bronchique. Il dépend donc à la fois comme tonalité de la tension de l'anche vibrante laryngée et de la dimension du tuyau fermé, correspondant. Il dépend en outre, comme intensité, de la vitesse du courant d'air, et, par conséquent, de l'amplitude respiratoire.

L'origine du souffle lobulaire est connue également. Ce souffle est fonction, lui aussi, comme intensité, de l'amplitude respiratoire, mais aussi, comme tonalité et comme timbre, de la tonicité de l'élément musculaire du vestibule. Cet élément important de la respiration normale considérée au point de vue sonore est donc avant tout sous la dépendance exclusive ou à peu près d'un élément important dans la physiologie du poumon : « l'élasticité musculaire de l'organe. »

Il est facile de déduire de ces données physiologiques simples la loi des variations du bruit respiratoire et de son élément dominant, le murmure vésiculaire. Quand s'affaiblira l'élasticité pulmonaire, la respiration tendra à devenir soufflante, le murmure vésiculaire à s'affaiblir. Quand s'augmentera l'élasticité de l'organe, le type vésiculaire s'accentuera et l'élément souffle disparaîtra. On peut résumer ces données en mettant en parallèle le schème de la respiration normale et celui de la respiration sénile.

Ces stades initiaux sont importants à connaître pour le diagnostic différentiel, mais ils n'interviennent jamais que comme épisode dans le cours des affections chroniques du poumon. Dans ces dernières, les schèmes respiratoires sont d'une fixité beaucoup plus grande. Comme la tuberculose est la cause la plus fréquente des inflammations et des scléroses chroniques du poumon, c'est elle qui nous servira surtout de guide dans l'interprétation des schèmes d'auscultations particuliers qui correspondent non plus aux lésions initiales, mais aux lésions terminales du poumon. Il faut remarquer toutefois que les considérations que nous allons développer sont générales et s'appliquent à tous les cas.

La distribution des anomalies respiratoires varie seule comme celle des lésions correspondantes. Lorsque dans une inflammation spécifique ou autre du poumon, la disparition du schème d'obscurité puis de rudesse a eu lieu, si la maladie ne rétrocède point, on voit apparaître comme corollaire obligé de la progression des dégâts, des altérations notables du bruit respiratoire.

Un nouveau schème va se montrer, caractéristique de la disparition définitive de l'élasticité musculaire du poumon, surtout dans sa portion superficielle. Comme nous l'avons rappelé tout d'abord, l'élément essentiel de la respiration normale, la caractéristique de l'intégrité du parenchyme, c'était le murmure vésiculaire, le souffle lobulaire, dont les variations nous indiqueront les variations correspondantes de l'élasticité physiologique de l'organe. Dans l'état franchement et définitivement pathologique, ce n'est plus une variation en plus ou moins que l'on doit s'attendre à rencontrer, c'est la disparition pure et simple de cet élément caractéristique. On arrive ainsi à une première loi fondamentale : « Dans les altérations profondes du parenchyme pulmonaire, le bruit respiratoire n'est plus vésiculaire ». Mais on peut en déduire une deuxième loi plus facile à faire ressortir dans la pratique et que l'examen seul du schème met bien nettement en évidence : « Toute respiration qui cesse d'être vésiculaire devient en même temps *discontinue* ». Cette loi est fondamentale, elle donne le signe distinctif capital qui sépare le domaine franchement pathologique du domaine physiologique. La discontinuité du bruit respiratoire est caractéristique de toute lésion profonde du poumon au même titre que la régression du tissu musculaire devant le tissu fibreux est la base des altérations anatomiques de cet organe. Mais la disparition définitive de l'élasticité musculaire ne marque que le premier stade d'évolution des scléroses de l'organe. Le tissu fibreux qui remplace le tissu musculaire a une évolution qui lui est propre et domine l'histoire des cirrhoses organiques, aboutissant final de toute inflammation longue et prolongée. Dans le poumon, il faut s'attendre à retrouver sur le terrain anatomique et sur le terrain chronique la trace de cette évolution du tissu fibreux. C'est ce que l'expérience confirme. En effet, dès que la tuberculose ou une inflammation d'autre origine a provoqué l'altération du parenchyme, on voit, le murmure vésiculaire ayant disparu, la discontinuité respiratoire apparaître.

On obtient ainsi un schème initial caractérisé par la prédominance et l'intensité du souffle. Il est trop connu pour s'y appesantir. Dans les inflammations aiguës, la pneumonie, par exemple, il est trop marquant pour n'avoir point de tout temps frappé les cliniciens. Dans ce cas, si la maladie regresse, le schème disparaît, et si la maladie est franche, le schème normal reparaît plus tard permettant seulement de constater une diminution légère de l'élasticité du poumon, grâce à l'expiration légèrement prolongée. C'est qu'alors les fibres musculaires, momentanément annihilées, ont repris leurs fonctions. Mais dans les pneumonies bâtardes, dans la tuberculose, la lésion est définitive et la sclérose va se montrer progressive comme l'évolution du tissu qui domine son histoire. Dès lors vont apparaître des modifications nouvelles dans la séméiologie de la maladie. Le souffle et la discontinuité vont persister. On verra quelquefois, et c'est la règle dans la tuberculose, reparaître à nouveau des signes d'acuité marquant un nouveau début d'évolution. Il faut, pour la clarté de la description, négliger ces rechutes possibles tout en les signalant et supposer que la sclérose soit franchement progressive. En pareil cas, les modifications sont régulières, et l'on peut vérifier à l'auscultation, par la succession des schèmes, ce que la palpation et la percussion avaient déjà établi. Le schème respiratoire des scléroses

est fonction de leur âge, et l'on peut sans difficulté suivre avec eux les progrès de la régression scléreuse et supputer son âge. Cela devient d'autant plus facile que la respiration pathologique discontinue se réduit à des éléments plus simples que la respiration normale. Le bruit perçu se compose d'un seul élément, le souffle bronchique. Ce souffle, dont le caractère musical s'est accru par disparition des éléments étrangers, peut être désormais étudié comme un son au double point de vue de son intensité et de son acuité ; on peut aussi l'étudier au point de vue de son timbre. Comme ces phénomènes sont peu connus, nous allons étudier séparément ces trois éléments.

a). *Intensité.* — Au point de vue de l'intensité, à mesure que la sclérose vieillit, le souffle, d'abord intense, s'affaiblit peu à peu pour disparaître au bout de 20 ans. On peut classer ainsi les types obtenus :

1° de 0 à 5 ans... types soufflants.
2° de 5 à 10 ans... types à intensité normale
3° de 10 à 15 ans... types obscurs.
4° de 15 à 20 ans... types très obscurs et nuls.

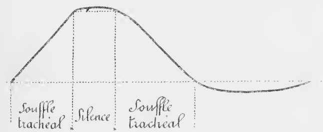


Fig. 34.
Schéma des scléroses légères. — Type soufflant très accentué. — Discontinuité respiratoire.

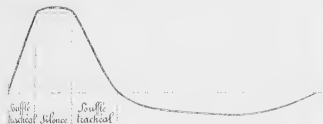


Fig. 35.
Schéma des scléroses profondes. — Discontinuité très accusée. — Expiration prolongée. — Elasticité presque nulle.

b). *Tonalité.* — L'appréciation de la tonalité des souffles est chose plus délicate que l'évaluation de leur intensité. Néanmoins, elle nous paraît de jour en jour plus facile. Nous noterons pour cet élément des conclusions analogues à celles obtenues par la percussion. A mesure que l'intensité décroit, la tonalité augmente, sans jamais s'élever de plus d'une tierce.

c). *Timbre.* — Il y aurait beaucoup à dire sur les caractères et les types multiples du souffle bronchique. Mais il serait superflu de parler du souffle amphorique, caverneux. Ce sont là des faits trop connus et trop étudiés pour en faire autre chose qu'une brève mention.

Comme nous l'avons dit au commencement, ce sont justement ces finesses qui ont fait négliger à beaucoup l'étude des respirations anormales et les conséquences pratiques qu'elles entraînent.

Nous venons de nous efforcer d'établir quels étaient les caractères cliniques qui pouvaient être déduits de l'étude des variations des bruits normaux du poumon et nous pouvons, de cette étude, tirer maintenant quelques conclusions générales indépendantes de celle déjà classique. Si, pour prendre un exemple, nous résumons les divers étapes que parcourt une lésion tuberculeuse depuis son début jusqu'à la période la plus éloignée, nous voyons qu'on peut en distinguer quatre, correspondant aux formes cliniques et aux formes anatomiques de la lésion élémentaire.

1° Un premier stade anatomique correspondant à l'infiltration nucléaire initiale, au tubercule embryonnaire. Comme symptôme clinique, l'évolution de ce tubercule fournit le syndrome que nous avons décrit sous le nom de poussée d'invasion. La caractéristique à l'auscultation est l'obscurité respiratoire généralisée.

2° Le deuxième stade est représenté par le tubercule adulte avec cellules épithélioïdes et cellules géantes. Cliniquement, le stade correspondant constituera le stade de début de la tuberculose, ce sera le type granulique, s'il est très étendu. A l'auscultation, le schème est celui de la rudesse qui rentre encore dans le domaine des respirations continues.

3° Le troisième stade anatomique est celui de la caséification et de la suppuration. Le type clinique constituera la forme classique d'état de la tuberculose. Le schème d'auscultation fournira la respiration discontinue à type soufflant.

4° Enfin, anatomiquement, au tubercule caséeux succède, si la régression intervient, le tubercule fibreux qui forme la base des scléroses. En clinique, les phénomènes correspondants, souvent négligés, sont ceux de l'insuffisance pulmonaire.

A l'auscultation, la caractéristique sera la respiration discontinue et obscure.

Nous joindrons ici sous forme de tableau le résumé de ces diverses constatations.

1er stade anatomique...	Infiltration embryonnaire.
1er stade clinique......	Poussée d'invasion.
1er stade d'auscultation.	Obscurité transitoire et générale.
2e stade anatomique....	Tub. adulte, cellule géante.
2e stade clinique.......	Période de début.
2e stade d'auscultation.	Rudesse, m. vésiculaire exagéré.
3e stade anatomique....	Tub. caséeux, suppuration.
3e stade clinique.......	Période d'état.
3e stade d'auscultation..	Respiration discontinue, souffle et râles.
4e stade anatomique....	Tub. fibreux.
4e stade clinique.......	Période de régression.
4e stade d'auscultation..	Respiration discontinue, souffle décroissant, tendant vers l'obscurité totale.

Dans l'exposé qui précède, nous n'avons parlé que des bruits normaux du poumon ; faisant volontairement abstraction des bruits anormaux de nature franchement pathologique.

Ces bruits anormaux, qui viennent se greffer sur le bruit respiratoire, sont de deux ordres : les uns d'origine pulmonaire, ce sont les *râles*, les autres d'origine extra-pulmonaire, ce sont les *frottements*.

La plupart des cliniciens ont le tort grave de négliger les respirations anormales, qui constituent le seul signe d'auscultation pathognomonique des lésions du poumon.

Ils s'attachent surtout à l'étude des bruits adventices,

râles ou frottements, qui ne sont, il faut bien le dire, que des symptômes d'évolution caractéristiques, non de la lésion elle-même, mais seulement d'une période de son évolution normale. Quand il y a lésion, on trouvera toujours à l'auscultation une respiration anormale à quelque degré que soit la lésion.

Ce n'est que temporairement que les râles ou frottements se montreront et seulement pendant une période toujours courte.

Par conséquent, il conviendra toujours de rechercher les respirations anormales, puis ensuite les bruits surajoutés, contrairement à ce qui se fait le plus souvent. Cette remarque ne diminue d'ailleurs en rien la valeur séméiologique des bruits adventices. Ils constituent des signes confirmatifs de grande valeur, renseignant très exactement sur la marche des périodes d'une affection quelconque. Ainsi, dans la pneumonie, on voit se succéder comme types de respiration anormale : 1° l'obscurité respiratoire ; 2° la rudesse ; 3° le souffle. Ces symptômes sont ceux qui caractérisent l'induration depuis son début jusqu'à sa fin. Au contraire, les bruits anormaux n'apparaissent que lorsque le souffle s'est montré, c'est-à-dire tardivement. Néanmoins c'est grâce aux distinctions que l'on fait entre le râle crépitant fin et sec du début et le râle crépitant humide dit de retour qu'on caractérise la période initiale et la période régressive. Dans la tuberculose, le phénomène est plus tranché encore, car les râles sont essentiellement temporaires et n'apparaissent que dans la courte durée de la poussée d'élimination. Les respirations obscures de l'invasion, la rudesse du début, les souffles variables d'intensité ou les obscurités localisées des scléroses ne s'accompagnent point de râles. Exceptionnellement et temporairement, apparaissent des frottements dans ces périodes, mais ces bruits sont peu durables en général et ne peuvent servir utilement au diagnostic. Par conséquent il convient de relégner les râles et les frottements au rôle qui leur convient comme signes accessoires et s'en servir pour caractériser un épisode de la maladie, non la maladie elle-même.

Râles. — Les râles constituent le bruit anormal le plus important dans les affections pulmonaires.

Physiologiquement, on doit distinguer deux types : 1° les *râles bronchiques* à intensité forte, à tonalité voisine de celle du souffle, à timbre variable selon le diamètre de la bronche qui les produit ; 2° les râles *lobulaires* ou *alvéolaires* à intensité faible, à tonalité haute, à timbre variable, surtout d'après la nature des exsudats alvéolaires. Non seulement on peut distinguer entre eux ces bruits bronchiques ou lobulaires d'après leurs caractères sonores, mais encore au point de vue de la place qu'ils occupent dans un tracé respiratoire.

Les râles bronchiques concordent avec les souffles ; les râles lobulaires coïncident avec le murmure vésiculaire ou le suppléent.

Râles bronchiques. — Les râles bronchiques varient d'intensité et de tonalité, ainsi que les souffles, et la loi de leur transformation à cet égard est identique à celle que nous avons formulée à propos des souffles purs. Quant à leur timbre, il varie surtout d'après le diamètre des bronches dans lesquelles ils se manifestent pour donner tous les types intermédiaires entre le ronchus et le râle fin ronflant ou sibilant dans les bronchites, le type caverneux ou caverouleux dans les pertes de substance.

Un autre élément influe également sur leur timbre ; mais principalement sur leur étendue ou leur brièveté plus ou moins grande. Cet élément est la fluidité des exsudats. Pour distinguer entre ces deux éléments, on divise ordinairement les râles bronchiques, d'une part, en râles gros et fins, d'autre part, en râles secs ou humides ; dénominations suffisamment précises pour caractériser un timbre.

Râles lobulaires. — Les râles lobulaires qui viennent s'ajouter ou se substituer au murmure vésiculaire ont une importance séméiologique plus grande, car si les râles bronchiques caractérisent l'hypersécrétion bronchique, les râles lobulaires ou alvéolaires sont toujours symptomatiques de l'altération grave du parenchyme. Envisagés comme bruits à type musical, ils ont en général une intensité faible, masquée, il est vrai, par leur situation superficielle.

Ils ont en outre une tonalité difficilement appréciable, car ils sont brefs. On apprécie néanmoins l'élévation de cette tonalité et ses variations extrêmes en comparant, si l'on veut, les râles fins du début de la pneumonie et les râles dits de retour, ou bien encore le craquement des tuberculoses qui s'ouvrent, aux râles humides lobulaires de la suppuration en cours. Cette appréciation de la tonalité est d'ailleurs peu utile et il suffit de la signaler, car c'est surtout le timbre qui sert à distinguer ces bruits entre eux. Le timbre des bruits adventices lobulaires ne peut guère, comme celui des bruits bronchiques, varier d'après la nature de l'espace où ils prennent naissance. Car c'est toujours dans le lobule qu'ils ont leur siège. Par contre, leur brièveté plus ou moins grande, leur timbre proprement dit, variera considérablement suivant la fluidité des éléments liquides qui leur donne naissance.

C'est ainsi que l'on distingue le râle sec et le râle humide, qui forment les types extrêmes permettant, au moyen d'un peu d'habitude, de préjuger sans grande erreur la nature de l'exsudat qu'ils caractérisent.

Frottements. — Les bruits anormaux juxta-pulmonaires : les frottements, sont trop faciles à confondre avec les râles intra-pulmonaires pour ne pas les mentionner comme symptômes transitoires des scléroses pulmonaires.

Beaucoup de cliniciens, et des meilleurs, ne font pas assez souvent la distinction qu'il conviendrait entre les râles et les frottements, ce qui les conduit à des erreurs graves au point de vue du pronostic. Il n'est donc pas inutile de rappeler les caractères différentiels qui peuvent distinguer les frottements et les râles.

On différencie ces deux phénomènes en général d'abord par la fixité des frottements dans le phénomène de la toux et par le caractère important de la répétition du bruit de frottement à l'inspiration et l'expiration.

Bien appliquée, cette règle distinctive peut suffire, mais il convient d'ajouter une autre remarque pour éviter toute erreur. Par leurs caractères, les frottements, bruits superficiels, se rapprochent essentiellement des bruits lobulaires, c'est surtout avec ces derniers que la confusion serait facile.

Il faudrait, au contraire, une oreille peu exercée pour les confondre avec les bruits bronchiques. Or il convient de se rappeler que les frottements que l'on pourrait confondre avec les bruits lobulaires sont synchrones, non avec les bruits du lobule, mais avec les bruits bronchiques. Par conséquent tout bruit douteux, fixe

*

malgré la toux, tout bruit superficiel de tonalité élevée qui coexiste avec le souffle et le râle bronchiques est un frottement. Cette règle bien simple permettra d'éviter l'erreur souvent commise, qui consiste à confondre les frottements humides peu sensibles à l'expiration avec des râles lobulaires. Les frottements, en effet, sont essentiellement variables comme caractères. En outre suivant les dispositions anatomiques, leur prédominance à l'inspiration s'accentue parfois tellement qu'il faut prêter attention pour retrouver à l'expiration le bruit caractéristique. Dans ce cas, on doit, pour éviter l'erreur, s'attacher au synchronisme indiqué plus haut et affiner son oreille pour différencier le râle et le frottement. Ce dernier phénomène est surtout un bruit, de caractère moins musical que le râle et de timbre tout spécial, qu'il soit sec, ou qu'il soit humide. Il est en outre plus long que le râle comme durée.

Mais comme l'appréciation de ces nuances, bonnes à signaler, est chose délicate, mieux vaut se servir des caractères tirés de la fixité du frottement et du synchronisme avec les souffles ou les râles bronchiques sans tenir compte de l'absence ou de la diminution du frottement de retour à l'expiration.

Après le développement, peut-être un peu long, que nous avons accordé à la séméiologie des scléroses pulmonaires dans leurs diverses étapes, il est facile de comprendre pourquoi cette question a été si différemment traitée par les auteurs et pourquoi l'on a trop souvent négligé les scrofules du poumon au point de vue clinique. Cela tient évidemment surtout à la variabilité des symptômes et signes physiques. Ces derniers surtout sont fonction du temps. Palpation, percussion, auscultation, pour une même lésion se modifient et se transforment suivant l'âge de la lésion. On comprend que, dans ces conditions, avec l'ignorance des faits que nous avons exposés, la séméiologie soit restée incertaine, tandis qu'au contraire en étudiant de plus près toutes ces données restées obscures, on peut, comme nous l'avons signalé depuis longtemps et comme nous le faisons depuis dix ans sur des milliers de malades, arriver à perfectionner assez la séméiologie pour en tirer les éléments du diagnostic rétrospectif. Mais, pour utiliser cette précieuse donnée, il était nécessaire de fournir un travail considérable d'observation qu'une longue durée de temps et une quantité considérable de faits étaient seules en état de donner. Aussi, tout en signalant la marche générale que nous nous proposions de suivre, nous nous sommes borné dans nos mémoires antérieurs à l'énoncé des faits les plus saillants, sans aborder dans le détail la séméiologie fixe des scléroses du poumon.

La quantité de matériaux que nous avons amassés nous permet aujourd'hui de combler cette lacune et de donner à ces questions arides, mais importantes, l'extension qu'elles nous paraissent mériter.

École d'application du service de santé militaire du Val-de-Grace. — Sont nommés professeurs agrégés :

Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires : le médecin-major de 1re classe Bernard, répétiteur à l'école du service de santé militaire. — Anatomie chirurgicale, opérations et appareils : le médecin-major de 2e classe Bonnet, surveillant à l'école d'application du service de santé militaire. — Chirurgie d'armée, blessures de guerre : le médecin-major de 2e classe Jacob, répétiteur à l'école du service de santé militaire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

A propos des Congrès.

L'organisation de nos *Congrès médicaux*, sauf celle du *Congrès* annuel des maladies des voies urinaires demeure encore imparfaite, bien que les réunions se succèdent chaque année déjà depuis longtemps. Les rapports qui doivent servir de base aux discussions générales n'arrivent aux congressistes que quelques jours avant l'ouverture et la plupart des communicateurs n'ont point préparé d'avance un résumé de leurs travaux. Parfois, les procès-verbaux des séances se bornent à une simple énumération. Les journaux de médecine qui font une publicité régulière aux Congrès devraient recevoir, tous, chacun deux exemplaires des comptes rendus, ce qui ne se fait qu'exceptionnellement. Comme modèle d'organisation, nous citerons, d'après l'*Aurore* du 5 octobre, le Congrès (ouvrier) métallurgique qui s'est tenu récemment à Copenhague. Voici le passage qui nous intéresse :

« Pour faciliter le travail des congressistes, ceux-ci trouvent à leurs places tous les rapports, toutes les propositions importantes, imprimés avec marges blanches pour mettre leurs observations et préparer la discussion ; il est donc inutile qu'ils se dérangent de leur place à un moment quelconque puisqu'ils ont tous les renseignements nécessaires sous la main.

« Le procès-verbal des séances de la journée était lu chaque soir avant de s'en aller. En outre, un reporter du journal socialiste quotidien le « *Social Democratken* », suivit la discussion pendant la durée des débats et en rendit fidèlement compte. »

C'est tout un programme à suivre point par point. Le travail en serait grandement facilité. Les membres qui ont pris part à une discussion, grâce au procès-verbal fait chaque jour, pourraient corriger de suite, s'il y avait lieu, les passages qui les intéressent et s'assurer que leur opinion a été fidèlement reproduite. L'impression des procès-verbaux « avec de larges marges » faciliterait leur travail et rendrait possible la rapide publication des travaux des Congrès, publication qui, chez nous, le plus souvent, ne s'opère qu'au bout de longs mois, d'une année même. Nous soumettons ces réflexions aux organisateurs des futurs Congrès.

B.

L'homme et le singe. — Un naturaliste illustre — le docteur Haeckel — vient d'avoir une aventure extrêmement plaisante. Il était parti, l'an dernier, aux îles de la Sonde pour découvrir le *Pithecanthropus erectus*, notre probable ancêtre simiesque, quand une brave Malaise lui prouva que l'homme, ainsi qu'il était admis, ne descendait pas du singe, mais que le singe descendait de l'homme. Voici l'histoire qu'elle lui raconta, comme preuve irréfutable : « Deux petits enfants accompagnaient leur tante Oa dans la forêt, lorsqu'après s'être amusés à cueillir des fruits, ils s'aperçurent subitement qu'ils étaient seuls. Ils crièrent longtemps : « Oa, Oa », mais comme personne ne leur répondait et que la nuit était venue, ils se firent une couchette dans l'intérieur d'un arbre, et ils se marièrent. Des enfants tout velus leur naquirent et ce furent les gibbons, qui du langage des hommes ne se souvinrent que de l'appel : Oa, Oa », devenu leur seul cri. » Le savant naturaliste écouta attentivement le récit de la Malaise : on ne sait pas s'il fut convaincu. L'homme descend-il du singe, ou le singe de l'homme ? Cruelle énigme !... (*Petite République.*)

SOCIÉTES SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 octobre.

La variolisation.

M. Hervieux insiste sur les dangers de la variolisation toujours pratiquée en Algérie. La création de médecins indigènes, ayant sur leurs compatriotes plus d'influence, serait utile pour la faire remplacer par la vaccine.

Vésication par l'hydrate de chloral.

M. Hallopeau lit un rapport sur un travail de M. Bonnet (de Massiac) sur ce sujet : on étend sur un emplâtre de diachylon une couche d'hydrate de chloral ; appliqué sur la peau, ce topique détermine au bout d'un quart d'heure une sensation d'abord de chaleur, puis de brûlure ; on le retire alors, et au bout de vingt à trente minutes il se produit une phlyctène, en même temps que le malade s'endort.

Traitement de l'ozène.

M. Hallopeau signale également un travail du Dr Bonnet sur les bons effets des injections de bleu de méthylène à 2 gr. 50 par litre dans l'ozène. Ces injections doivent être pratiquées trois à quatre fois par jour.

Elections.

Une place est déclarée vacante dans la section d'hygiène en remplacement du regretté Dr Napias. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Seance du 5 octobre 1901

Présidence de M. le Professeur Bouchard.

Action des solutions de peptone sur les mouvements et l'évacuation de l'estomac.

M. J. Roux a observé que la peptone est un excitant de l'estomac ; elle peut mettre en train l'évacuation de l'estomac, mais cette évacuation est progressive, non en bloc.

M. Gley fait observer que les solutions de peptone agissent aussi sur l'intestin en provoquant des mouvements et peuvent déterminer des vomissements ; il semble qu'il y ait action bulbaire par empoisonnement.

Action du lait sur la coagulation du sang.

M. Camus. Les injections intraveineuses de lait de vache chez le chien amènent un grand retard dans la coagulation du sang. Avant l'expérience, le sang coagulait en 26 minutes, après l'injection de 28 cc. de lait dans la veine fémorale. le sang recueilli ne coagulait plus que 4 à 5 heures après. Le lait d'une chienne injecté dans les veines de la même chienne amène un retard dans la coagulation.

Cellules eosinophiles des ganglions lymphatiques.

M. G. Delamarre a étudié les cellules éosinophiles et les hématies nucléées du ganglion lymphatique normal ; les éosinophiles présentent des modifications d'ordre régressif et peut être progressif : elles se détruisent dans le ganglion et probablement y naissent. On voit tous les intermédiaires entre le lymphocyte, le lymphocyte éosinophile et le polynucléaire éosinophile ; ceci permet de comprendre l'eosinophilie dans certaines adénies. L'absence ou la rareté des eosinophiles dans les voies lymphatiques efférentes s'explique par l'existence simultanée de ces deux processus de destruction et de genèse. Les hématies nucléées existent parfois dans le tissu lymphoïde sain ; elles paraissent se transformer en globules rouges par un processus d'excrétion nucléaire.

Action de l'albumine sur l'hématolyse.

M. Julliard (de Genève), démontre que l'albumine est sans action spécifique sur les hématies. Le facteur isotonique agit seul sur ces phénomènes hématolytiques.

M. Slatieano envoie une note sur la septicémie expérimentale par le cocco-bacille de Pfeiffer. E. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance de rentrée, 2 octobre 1901. — Présidence de M. Reclus.

Plaie pénétrante du crâne.

M. Picqué présente une observation due à M. Toubert et concernant un soldat qui s'était logé une balle dans la tempe droite ; transporté au Val-de-Grâce avec tous les signes d'un épanchement traumatique intra-cranien, M. Toubert fit, le lendemain, une trépanation au niveau de l'orifice de pénétration de la balle ; il put extraire une esquille refoulée par le projectile, mais ne voulant pas faire de recherches intempestives. il ne trouva pas la balle. Mort le 2e jour.

A l'autopsie, on trouva le projectile entre le lobe frontal gauche et les méninges ; il avait sectionné la bandelette optique et les nerfs moteurs de l'œil du côté droit : mais il n'y avait pas d'épanchement.

Les poumons présentaient des lésions de la bronchopneumonie.

Otite moyenne aiguë avec phlébite du sinus latéral.

M. Picqué rapporte une deuxième observation de M. Toubert concernant une otite moyenne, qui, semblant guérir, récidiva 17 jours après avec phénomènes typhoïdes ; la paracentèse du tympan est pratiquée ; amélioration apparente, mais bientot frissons, céphalées, etc. L'opération de Stocke ne montre ni pus, ni fongosités ; chute de la température : le lendemain, nouveaux frissons avec délire. On trépane à nouveau ; mise à nu du sinus, dont l'ouverture ne fait constater que des débris fibrineux : ligature de la veine jugulaire. Mort dans la soirée. A l'autopsie, on trouve une nappe purulente à la face inférieure du cerveau et une phlébite du sinus latéral gauche.

Plaie penétrante du rachis.

M. Loison présente une observation de coup de feu dans la région lombaire, et la balle put être localisée dans le cul-de-sac arachnoïdien grâce à l'appareil de Contremoulins ; elle fut extraite et le malade guérit.

M. Demoulins a pu obtenir une guérison analogue avec le secours du même appareil.

M. Contremoulins présente un appareil qui peut donner les dimensions exactes d'un bassin et qui est à l'accoucheur d'une grande utilité.

Mort d'une centenaire arabe. — Alger, 25 septembre. — Hier a été faite, à la mairie de Blida, la déclaration de décès, à l'âge de cent dix ans, d'une nommée Aicha Khellafia-Ben-Mohamed, demeurant rue Eldjoun.

Son acte de naissance n'a pu être produit, n'ayant jamais été dressé : mais d'après des actes authentiques et des titres de propriétés traduits par un taleb, il résulte que la défunte était née en 1791 de notre ère. Aicha avait, jusqu'en ces temps derniers, conservé toute sa lucidité d'esprit et racontait les épisodes du terrible tremblement de terre de 1825, qui bouleversa Blida de fond en comble. Elle était déjà grand mère, disait-elle, quand les Français s'emparèrent de l'Algérie et vinrent occuper Blida. Les Arabes avaient pour elle une véritable vénération.

(*Le Patriote Orléanais*, 27 sept. 1901).

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE
D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

—

SECTION DE PÉDIATRIE.

L'arthritisme chez les enfants.

M. COMBY, rapporteur, considère l'arthritisme comme un trouble permanent de la nutrition le plus souvent héréditaire. Cette diathèse, surtout fréquente dans les milieux civilisés et urbains se manifeste dès la naissance. Il ne faut pas attendre pour traiter l'arthritisme ses grandes manifestations, diabète, asthme, goutte, migraine, obésité, gravelle, assez analogues chez l'enfant et l'adulte : il faut dès l'enfance rechercher les accidents arthritiques.

M. Comby considère deux types d'enfants arthritiques : le type gras ou polysarcique et le type maigre, lymphaticonerveux. L'enfant arthritique est intelligent, mais parfois mal équilibré. Le lymphatisme (peau blanche et fine, organes lymphoïdes engorgés et irritables, polyadénopathies), se rencontre fréquemment chez les arthritiques. L'anémie survient aussi souvent dès le berceau malgré une hygiène alimentaire irréprochable.

Chez les jeunes filles se manifeste souvent une chloro-névrose à l'âge de la puberté qui guérit et est souvent remplacée par la migraine ou autre manifestation analogue. Très souvent on constate des troubles vasomoteurs émotifs, de la tachycardie, de la brachycardie et de l'arythmie du pouls, la palpitation. Chez les jeunes gens on constate assez souvent de l'éréthisme cardiaque et de l'hypertrophie cardiaque de croissance, mais il n'y a pas de lésion durable. Du côté de l'appareil respiratoire, on constate des rhumes fréquents, des coryzas, des épistaxis, de la laryngite striduleuse, du spasme de la glotte, des fluxions bronchiques, de l'asthme, de la congestion pulmonaire. La muqueuse des voies respiratoires est, chez les arthritiques, très sensible et très irritable.

Les enfants arthritiques sont souvent sujets à des troubles digestifs (anorexie, gastrite catarrhale, gastro-entérite, constipation, fièvre de digestion, entérite muco-membraneuse avec sable intestinal, congestion du foie, hémorroïdes). Un des troubles les plus frappants est le vomissement périodique ou cyclique qui est caractérisé par une intolérance absolue de l'estomac durant 3, 5, 8 jours arrivant brusquement et se terminant de même. L'urine est dense, très acide, azoturique, parfois on constate du sucre et de l'albuminurie intermittente et orthostatique. On a noté aussi de la polyurie, de la pollakiurie, du spasme vésical, la lithiase, le rein mobile. Chez les filles, il survient parfois de la vulvite et des troubles menstruels. Le système nerveux est surexcitable, les enfants arthritiques sont agités, sujets aux convulsions : plus tard ils ont des terreurs nocturnes, des accès de migraine, des céphalées paroxystiques et intermittentes, de la neurasthénie. La peau est irritable, les dermatoses fréquentes (hyperidrose, urticaires, érythèmes, œdèmes aigus, prurigo, séborrhée, pityriasis, acné, psoriasis et eczéma). L'eczéma alterne parfois avec des crises asthmatiformes. Outre le rhumatisme franc, il peut survenir des arthrites uricémiques, des manifestations articulaires, des myalgies, etc., qui se rapprochent plus de la goutte que du rhumatisme. Parfois chez les enfants arthritiques, survient un accès de fièvre qui se reproduit, analogue à la fièvre palustre, mais qui ne cède pas à la quinine. M. Comby considère cette fièvre arthritique comme une sorte de goutte larvée, de manifestation uricémique. La pathogénie de l'arthritisme est encore obscure, mais les résultats de l'hygiène et du traitement ne permettent guère de douter qu'on se trouve en présence d'une auto-intoxication.

Au point de vue prophylactique, revenir autant que possible à la vie champêtre, éviter la sédentarité, la suralimentation, le surmenage cérébral. Allaitement naturel prolongé, sevrage graduel, pas de viande avant 3 ans, pas de boissons alcooliques, sobriété. Pas de viandes fortes, de mets faisandés, épicés, végétarisme, boire de l'eau. Hydrothérapie, frictions, massages. Si la maladie est déclarée : alcalins, antiseptiques intestinaux, lithontriptiques, cures thermales alcalines, chlorurées sodiques, arsenicales, sulfureuses. Les paroxysmes aigus nécessiteront le repos et la diète ; en un mot, bonne hygiène thérapeutique visant le fonctionnement régulier du tube digestif, de la peau, des muscles, du poumon, du cerveau.

M. AUSSET reproche à M. Comby d'avoir trop généralisé et d'avoir compris dans les arthritiques des enfants gros et bouffis qui sont souvent des rachitiques.

M. MÉRY insiste sur la constipation, qui est, à son avis, la cause des vomissements périodiques décrits par M. Comby.

M. HALLOPEAU croit que M. Comby a donné une importance trop grande à l'arthritisme dans la pathogénie des dermatoses de l'enfance.

Nodosités rhumatismales chez les enfants.

M. JOSIAS rapporte plusieurs observations qui tendent à prouver que si les nodosités endocardiques peuvent exister sans nodosités sous-cutanées, ces dernières, chez les enfants, coïncident toujours avec des nodosités endocardiques.

M. GASTOU fait une communication sur les *rapports de la scrofule, du lymphatisme, de la strume, avec les infections et les diathèses.*

Chorée des dégénérés.

M. MOSSOUS expose la difficulté de différencier chez les enfants la chorée de Sydenham et la chorée arythmique hystérique. Les stigmates et les manifestations hystériques ne suffisent pas pour faire le diagnostic de chorée hystérique. Il faut découvrir des zones choréigènes, juger de l'influence de la suggestion, constater la substitution brusque d'un autre accident hystérique à la chorée. Bien qu'ayant de la tendance à passer à la chronicité, il ne faut pas toujours porter un pronostic grave dans les cas de chorée des dégénérés.

M. HALLOPEAU expose le résultat de ses observations au service de dermatologie infantile de l'Hôpital Saint-Louis depuis sa création en 1898.

M. COURTIN, de Bordeaux, décrit un nouveau procédé opératoire pour le traitement du prolapsus rectal chez l'enfant.

M. CHAUMIER, de Tours, fait une communication sur le *retard de la première dentition* et les accidents dentaires qui surviennent chez les enfants rachitiques.

Le Stridor congénital.

M. Léon CERF (d'Angers). — Il est des enfants chez lesquels on remarque, dès la naissance ou peu de temps après, une respiration retentissante. Ce bruit, dont le maximum est nettement inspiratoire, mais qui peut empiéter sur l'expiration, a un caractère, un timbre différents suivant les cas ; il varie d'intensité avec les circonstances, mais il est continu et persiste même pendant le sommeil. Il s'accompagne ou non de cyanose et de tirage. Parfois, les enfants n'en semblent pas incommodés et se développent normalement ; dans d'autres cas, on a vu se produire des accidents graves. Cet ensemble symptomatique a été décrit sous les noms divers, le plus souvent sous celui de *Stridor congénital.* Quand on lit toutes les observations publiées sous le titre *Stridor congénital*, on est frappé de voir qu'elles ont trait à des faits absolument dissemblables. L'étude pathogénique s'est ressentie de ce défaut de précision dans l'observation clinique et de multiples théories ont été émises pour expliquer cette respiration bruyante des nouveau-nés. Or, toutes ou presque toutes ces théories sont justes ; mais chacune d'elles s'applique à des cas particuliers. Où l'on se trompe, c'est lorsqu'on veut en généraliser la portée, expliquer par *une* théorie la pathogénie de *tous* les cas observés. Il n'y a pas un Stridor congénital, *maladie* due à une cause unique, se traduisant par une symptomatologie précise, avec une évolution régulière. Il y a un *symptôme* respiration stridoreuse, pouvant être observé chez les nouveau-nés dans plusieurs états pathologiques différents. Il faudrait, pour faire de ce

symptôme un exposé précis, mettre en relief les caractères qui le différencient nettement dans les diverses affections au milieu desquelles on peut l'observer, et la dissection de cette synthèse artificielle, que l'on a créée sous le nom de *Stridor congénital*, mettrait en lumière les éléments suivants : le cornage vestibulaire congénital, le ronflement des adénoïdiens, le cornage de l'adénopathie trachéo-bronchique, le cornage dans l'hypertrophie du thymus, le cornage dans la laryngite obstétricale, le cornage d'origine nerveuse.

M. Rocaz, de Bordeaux, a observé deux cas de stridor congénital qu'il communique au Congrès.

Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales chez l'enfant.

M. Poisson, rapporteur, montre l'erreur de ceux qui, comparant les tuberculoses locales à des néoplasmes, ont préconisé les méthodes sanglantes de traitement. Le traitement non sanglant comprend le traitement général, l'immobilisation et l'extension continue, la compression, les topiques, les injections modificatrices et l'ignipuncture.

Le traitement général a une importance considérable, mais il est le même que pour toutes les tuberculoses. Il doit toujours tenir le premier rang dans la thérapeutique des tuberculoses locales de l'enfant. Le rapporteur donne une part très importante au séjour au bord de la mer.

L'immobilisation et l'extension continue donnent de bons résultats (appareils plâtrés, gouttière de Bonnet). Cette immobilisation peut se borner à quelques mois dans certains cas, et l'on peut chercher prudemment à donner quelques mouvements aux articulations, sauf dans le mal de Pott, où l'immobilisation doit être aussi complète que possible.

La compression, surtout la compression élastique momentanée (Méthode de Bier), jointe à l'immobilisation donne parfois de bons résultats. Les topiques (vésicatoires, iode, gaïacol, onguent napolitain, emplâtre de Scott) ne méritent guère d'être recommandés. A signaler les frictions générales au savon noir du Pr Hoffa, de Wurzbourg, dont les effets paraissent étranges et qui en somme n'offrent aucun danger.

Les injections modificatrices au chlorure de zinc, à l'éther iodoformé, au naphtol camphré, donnent parfois de très bons résultats. L'ignipuncture superficielle est inutile, elle donne de bons résultats si elle est transcurrente pour les petites articulations. Elle est inapplicable à la coxalgie, au mal de Pott et peu efficace dans le spina ventosa.

Il est des circonstances où des interventions sanglantes s'imposent quand il y a infection, séquestres osseux, abcès fistuleux, etc. On sera conduit à pratiquer des résections, des évidements etc. ; dans ces cas, il ne faudra pas rechercher la réunion rapide de la plaie.

M. P. Coudray, de Paris, approuve le rapport de M. Poisson, faisant quelque réserve sur la grande efficacité de la mer, au moins chez les enfants nerveux. Il n'est pas partisan du traitement ambulatoire de la coxalgie préconisé par les Américains. Il accorde une action indiscutable aux applications de Vigo dans le spina ventosa. Il conseille, dans les abcès graves du mal de Pott et de coxalgie, le drainage bien fait avec antisepsie rigoureuse et les pulvérisations iodoformées au moyen de l'ipsileur.

M. Comby insiste sur les bons effets du séjour au bord de la mer sur tous les enfants à tuberculose locale.

M. Kirmisson, bien que très conservateur, conseille l'énucléation dans les adénites isolées sans périadénite quand l'ouverture spontanée menace.

M. Gastou conseille, pour le traitement des ganglions tuberculeux et de la tuberculose cutanée chez l'enfant, le traitement de Besnier (curetage et attouchement avec le crayon au nitrate d'argent et au chlorure de zinc) ou les hautes fréquences au moyen du résonnateur de Oudin ou la photothérapie.

M. Hallopeau a obtenu d'aussi bons succès que par la photothérapie en se servant de permanganate de potasse après scarification.

M. Morin signale le procédé photothérapique de Leduc, où l'on évite la sensation de chaleur en n'employant que des rayons violets.

M. d'Astros, expose les *conséquences de l'ostéomyélite des nouveau-nés* qui trouble l'hématopoïèse.

M. Mauclaire relate la guérison d'un cas de pseudarthrose du fémur post-traumatique chez un enfant de 14 ans auquel il a pratiqué l'emboitement du bout inférieur dans le canal médullaire du bout supérieur en faisant la suture métallique.

Des albuminuries intermittentes de l'enfance.

M. H. Méry, de Paris, rapporteur, fait remarquer que les néphrites aiguës de l'enfance sont fréquentes, tandis que l'albuminurie permanente chronique est une rareté. Les albuminuries intermittentes ont au contraire leur maximum de fréquence dans l'enfance et l'adolescence. Certaines sont d'origine rénale et sont liées à la station debout, souvent elles guérissent, mais parfois elles peuvent aboutir au mal de Bright. D'autres sont purement fonctionnelles, ne débutent qu'après l'âge de sept ans, passent longtemps inaperçues, n'altérant que fort peu la santé générale. L'albumine disparaît la nuit et quand on fait reposer le malade. On observe parfois le cycle urologique de l'albuminurie prégoutteuse décrit par Teissier (1° excès de chromogène normal, 2° excès des chromogènes parfois avec indican, 3° crise albuminurique vers le milieu de la journée, 4° crise urique ou uréique. En même temps, il y a souvent oligurie le jour, polyurie la nuit. Il y a toujours absence de cylindres ; comme signes fonctionnels, on signale la céphalalgie, la fatigue générale, l'inaptitude au travail, les vertiges, l'anémie, les troubles vaso-moteurs des extrémités, le refroidissement, la cyanose. Plus rarement des palpitations, des troubles digestifs, de la dilatation de l'estomac, de la congestion du foie et des accidents neurasthéniques. Comme variétés, on peut distinguer l'albuminurie digestive, l'albuminurie orthostatique, l'albuminurie prétuberculeuse. Le pronostic est le plus souvent favorable, mais il faut néanmoins être réservé sur les conséquences. Le régime lacté, qui doit être la règle avec le régime des goutteux, devra, si l'état général l'exige, permettre l'usage de la viande. Le repos sera exigé des malades. On tentera l'administration des alcalins, les injections de cacodylate. Dans certains cas, une saison à Vichy, Châtel-Guyon, Saint-Nectaire ou Evian sera indiquée, et, chez les déprimés, de préférence La Bourboule ou Saint-Nectaire.

M. Gastou, à l'appui du rapport de M. Méry, signale plusieurs cas d'albuminurie intermittente familiale.

La radiographie dans l'étude clinique du mal de Pott.

M. Kirmisson présente de nombreux clichés qui lui permettent de bien établir l'importance de la radiographie dans l'étude du mal de Pott, tant au point de vue du diagnostic et du pronostic qu'au point de vue du traitement.

M. Rocaz, de Bordeaux, rapporte un cas de *lymphocitémie aiguë* avec hypertrophie du thymus chez un enfant de 4 ans. La maladie évolua comme une fièvre typhoïde en 25 jours et se termina par la mort.

Le même auteur rapporte un cas probable de méningite tuberculeuse avec guérison apparente.

Du fluorure de sodium en thérapeutique.

M. Blaizot, de Nantes, expose les avantages du fluorure de sodium pur comme antiseptique chez les enfants, à la dose de 0 gr. 50 pour 100. Il le conseille surtout en lavages dans les dermatoses, dans les maladies infectieuses, en gargarisme, irrigations nasales, instillations de l'œil, etc. Il met en garde contre les pansements humides prolongés au fluorure qui peuvent causer des ulcérations.

M. Boulay lit une communication sur l'*occlusion osseuse congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales.*

MM. Fortineau et Bureau, de Nantes, signalent la présence d'un *streptocoque dans la perleche.*

Accidents appendiculaires et vers intestinaux.

M. Œlnitz, par des recherches très soigneuses, a trouvé dans les selles de 21 enfants atteints d'appendicite des œufs de tricocéphales ou d'ascarides dans 18 cas.

M. Rappin signale parfois la présence du bacille de Koch dans les cas où on ne trouve pas d'œufs d'helminthes.

M. Treille fait remarquer la rareté des appendicites chez les Arabes d'Algérie si sujets aux vers intestinaux.

MM. Broca et Sevestre font des réserves sur l'origine helminthique des appendicites.

M. Legendre s'associe aussi à ces réserves.

M. Bonamy, de Nantes, a obtenu d'excellents résultats par les grands *lavements froids* chez les enfants atteints de *fièvre typhoïde.*

M. d'Astros fait une communication sur l'*épistaxis du nouveau-né*, qui peut être symptomatique d'une infection ou de la syphilis.

Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie.

M. Saquet, rapporteur. La gymnastique jouit en Suède d'une grande vogue comme prophylactique des déviations de la taille. Cependant Wide reconnaît que ce n'est pas un moyen infaillible, ce qui n'a rien d'étonnant, mais il lui accorde cependant une grande valeur pour ce but. Comme il est reconnu par tous que la gymnastique française est plutôt une méthode athlétique, souvent déformante et nullement physiologique, il serait à désirer que la gymnastique pédagogique suédoise se répandît dans notre pays pour la remplacer, au moins chez les enfants. Ce sera notre conclusion et nous espérons que nos collègues voudront bien se joindre à nous pour formuler un vœu à ce sujet. La kinésithérapie est l'art de traiter les maladies par le mouvement.

Pour le traitement de la scoliose, on devra employer la gymnastique orthopédique suédoise, méthode scientifique qui a fait ses preuves. La gymnastique française ou allemande est plutôt déformante ; les appareils de chambre, haltères, appareils de caoutchouc, etc., sont insuffisants et souvent nuisibles. Dans la scoliose, le meilleur des corsets ne vaut rien, c'est le résultat de l'observation des orthopédistes depuis une centaine d'années. Malgaigne a démontré jadis que le corset n'a jamais guéri la scoliose, mais amendé de mauvaises attitudes. La scoliose abandonnée à elle-même ne guérit pas, c'est l'avis unanime des orthopédistes ; il y a des cas légers et d'autres graves. La maladie s'aggrave surtout au moment de la puberté. Soignée avant la période des déformations de compensation, l'affection peut guérir si le traitement est bien dirigé ; plus tard, on l'empêche de s'aggraver, on peut forcer le sujet à croître droit. La gymnastique pédagogique suédoise a une grande utilité prophylactique et il est à désirer qu'elle se généralise.

Du traitement thyroïdien en pathologie infantile et particulièrement dans l'infantilisme.

M. E. Ausset, rapporteur. — Le corps thyroïde possède une influence très puissante sur la nutrition : il active les échanges organiques, et c'est justement sur ces propriétés que l'on a basé la méthode thérapeutique qui consiste à administrer de cette glande aux sujets dont les processus organiques sont ralentis ou arrêtés. Outre l'action efficace et véritablement spécifique du suc thyroïdien dans le myxœdème franc et dans les états mal définis, classés sous la dénomination de myxœdème fruste, qui semblent se rattacher à un hypofonctionnement de la glande, l'opothérapie thyroïdienne donne les meilleurs résultats dans l'infantilisme. Il y a lieu de distinguer pour ces cas d'infantilisme ceux qui sont directement liés au myxœdème et ceux qui, *en apparence*, dépendent d'une autre cause comme le rachitisme, la tuberculose, la syphilis héréditaire. Mais nous pensons que même dans ces derniers cas, s'il est juste de dire qu'il existe un terrain préparé bien favorable, nous pensons que les troubles de la croissance et les arrêts de développement sont dus à une adultération de la fonction thyroïdienne, adultération produite par la tuberculose, le rachitisme, la syphilis. Il y a donc lieu, dans les cas d'infantilisme, quelle qu'en soit l'origine, d'essayer l'opothérapie thyroïdienne, qui donnera les meilleurs résultats dans la plupart des cas, bien entendu à la condition que le squelette soit encore susceptible de s'accroître. Cette conception d'une hypothyroïdite d'origine rachitique produisant les lésions du squelette et les retards de développement qu'on note chez ces malades nous semble éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie du rachitisme ; les faits de rachitisme fœtal se produisant quand on déthyroïdise des femelles, l'action favorable exercée par le traitement thyroïdien sur le rachitisme, nous prouvent que le rôle de la glande doit être considérable dans la production des phénomènes morbides chez les rachitiques. Le succès des phosphates, depuis longtemps connu en thérapeutique antirachitique, pourrait dès lors provenir en partie de ce que la glande thyroïde, très riche en phosphates, récupérerait ainsi ces substances organiques perdues du fait du trouble apporté à son fonctionnement par la maladie primitive. Le développement et la croissance des organes sexuels est également sous la dépendance directe de la fonction thyroïdienne, et dans les cas d'arrêt dans ce développement il sera indiqué d'employer le corps thyroïde. La médication thyroïdienne a également donné des résultats dans certains cas d'obésité, mais on devra chez de tels malades surveiller tout particulièrement le cœur. Dans la tétanie, elle pourra être justifiée dans une certaine variété de tétanie pouvant se rattacher à un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, dans la sclérodermie, chez les hémophiliques, et dans le rhumatisme chronique. On ne peut souscrire à la théorie d'Hertoghe qui veut considérer tous les adénoïdiens comme des hypothyroïdiens. Les végétations adénoïdes n'ont aucune relation de cause à effet avec les troubles de fonctionnement de la glande thyroïde. Il n'y a donc pas lieu d'employer ici le traitement opothérapique. La médication thyroïdienne demande à être maniée avec la plus grande prudence chez les enfants, qui y sont particulièrement susceptibles. On devra surveiller le cœur et les reins avec la plus grande attention, cesser le traitement ou diminuer les doses au moindre signe d'intoxication thyroïdique. On devra toujours commencer par des doses minimes, tâter la susceptibilité du sujet, n'accroître ces doses que lentement et progressivement, mettre de temps à autre des intervalles de repos pour éviter l'accumulation. On aura le soin de choisir des préparations bien dosées, bien faites et de date récente ; chez les enfants, ce sont les tablettes, comprimés et pastilles, qui sont les plus commodes à administrer. Enfin, nous terminerons en émettant le vœu que les fabricants de spécialités thyroïdiennes indiquent toujours sur leurs flacons s'il s'agit de glandes d'animal jeune, qu'ils notent la date de la préparation, la quantité exacte de glande fraîche représentée par chaque pastille ou tablette : ils devront aussi veiller à la stérilisation parfaite de leurs produits.

(*A suivre*).

Une Centenaire. — On écrit de Rouen qu'une dame veuve Romain, née Boivin, habitant rampe Saint-Gervais, est née le 4 vendémiaire an IX de la République (26 septembre 1800), en la commune d'Antéville, près Yvetot ; elle est donc entrée depuis hier dans sa cent-deuxième année. A cette occasion, ses quatre enfants et ses trente-quatre petits-enfants et arrière-petits-enfants sont allés lui porter des fleurs et des gâteaux.

La peste. — Constantinople, 2 octobre. Six cas de peste ont été signalés à Samsoun, ville de 8.000 habitants, dans la province de Trebizonde, port sur la mer Noire. Une quarantaine de dix jours est imposée aux provenances de ce port.

(*Le Temps* du 4 octobre 1901).

Saint-Pétersbourg, 4 octobre.—On annonce l'arrivée à Saint-Pétersbourg du docteur Marcou-Mutzner, médecin des hôpitaux de Paris, délégué par le gouvernement français pour étudier différentes maladies dans les hôpitaux de la capitale russe. (*Le Temps* du 6 octobre 1901.)

CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE.

(Turin 17-21 septembre 1901)

—

Mon cher rédacteur en chef,

Le cinquième congrès international de physiologie vient de finir ; il s'est ouvert à Turin le 17 septembre 1901.

Son comité international d'organisation était ainsi constitué :

MM. A. Mosso (Turin), *président.* — Bohr (Copenhague) ; Bowditch (Boston U. S. A.) ; Dastre (Paris) ; Foster (Cambridge) ; Heger (Bruxelles) : Kronecker (Berne) ; Wedensky (St-Pétersbourg), *membres.*

Fano (Florence) ; Frédéricq (Liége) ; Grützner (Tubingue) Sherrington (Liverpool), *secrétaires généraux.*

Treves, *secrétaire local.*

Le lundi 16 septembre, a eu lieu l'ouverture de l'exposition d'instruments et appareils de recherches physiologiques à l'Université, et le soir la réception à l'Académie de médecine. Tous les jours suivants ont été marqués par des réceptions brillantes : au parc Valentin, le 17 ; au cercle artistique, le 18 ; à l'hôtel de ville, le 19.

Nous ne saurions donner ici qu'un aperçu d'ensemble des travaux du congrès en récapitulant les principales communications en français distribuées jusqu'à ce jour et discutées en séances :

COMMUNICATIONS DIVERSES.

De la greffe thyroïdienne croisée.

M. H. Christiani (Genève). — Dans des recherches précédentes, nous avions démontré qu'il était possible d'obtenir des greffes de la glande thyroïde durables et capables de fonctionner. Ces greffes pouvaient réussir chez toutes les espèces animales à condition d'observer certaines règles opératoires et de pratiquer toujours les transplantations entre animaux de même espèce. Nous avons, depuis, institué des recherches pour voir s'il était possible d'obtenir des greffes effectives entre animaux d'espèce différente, et, dans le cas affirmatif, quelle distance dans l'échelle zoologique pouvait exister entre les animaux qui donnaient et ceux qui recevaient les greffes. De nombreux essais systématiques de greffes entre les différentes classes des vertébrés, entre les différents ordres de la même classe, entre familles, genres, espèces et variétés, nous ont montré que les greffes pratiquées entre animaux éloignés entre eux échouaient constamment (greffe entre classes et ordres) ; ce n'est qu'entre familles que nous avons obtenu quelques succès ; entre genres, les bons résultats sont plus nombreux : entre espèces et variétés, les succès sont presque constants. Donc, notre première conclusion, que la greffe thyroïdienne réussit constamment, lorsqu'elle est pratiquée dans des conditions convenables entre animaux de même espèce, peut être un peu élargie : *les animaux greffés peuvent ne pas être de même espèce* : la greffe *peut* réussir entre animaux d'espèce différente et même parfois entre familles différentes. Cependant les tissus transplantés, dans ces cas, paraissent parfois moins vivaces.

Les effets de la trépanation faite sur les jeunes animaux.

M. Jean Demoor (Bruxelles). — Danilewsky a signalé que la trépanation du crâne chez des chiens de quelques jours entraîne l'apparition tardive de deux phénomènes : 1° l'arrêt du développement dans le membre correspondant au territoire trépané ; 2° l'apparition de crises épileptiformes suivies de mort, et survenant habituellement vers l'âge de six mois. En trépanant des chiens de 3 à 5 jours, au niveau des diverses régions du crâne, voici ce que nous avons constaté : 1° le développement se continue normalement pendant les premiers mois ; 2° au bout d'un temps déterminé (en moyenne au cours de 5 mois) un amaigrissement *général* se manifeste, des crises épileptiformes se déclarent et la mort survient ; 3° la symptomatologie et l'autopsie des animaux montrent que la lésion locale du crâne jeune a un retentissement sur une grande étendue osseuse et que, ni dans le développement, ni dans l'amaigrissement morbide final, il ne s'est produit *aucun phénomène spécial quelconque dans telle ou telle région* périphérique du corps. Les expériences faites sur le lapin donnent des résultats très comparables à ceux qui sont résumés plus haut.

L'étude histologique de la courbe corticale des animaux opérés montre que : 1° toutes les cellules présentent un état moniliforme très accentué des prolongements dendritiques ; les filaments se présentent sous la forme de grains très colorés unis les uns aux autres par une substance tout à fait hyaline. La monilisation est la conséquence des excitations résultant des convulsions chez l'animal *tué* ; pendant la période d'amaigrissement, les prolongements dendritiques ne sont pas moniliformes, mais ont une coloration extrêmement pâle (méthode de Golgi). Ce fait prouve que la réaction moniliforme n'est pas une réaction de dégénérescence, comme on l'a prétendu. 2° toutes les cellules présentent un état de chromolyse très intense. L'appauvrissement des neurones en substances fixatrices des matières colorantes est caractéristique des cellules nerveuses des animaux trépanés. 3° La neuronophagie a été observée seulement dans le cerveau d'un animal, chez lequel la mort a été très tardive et a été précédée d'une période caractérisée par des symptômes d'imbécillité.

Dissociation des phénomènes de sensation et de réaction dans le muscle.

M. J. Demoor (Bruxelles). — *a)* Il faut, dans le mécanisme de la contraction musculaire, envisager séparément la sensation-conduction et la réaction. Le muscle fatigué est *incapable de réagir* (pour l'excitation envisagée), *mais son pouvoir de sensation-conduction persiste encore. Au point de vue de la sensation, le muscle est infatigable* (ou très peu fatigable). La loi de l'infatigabilité des phénomènes de sensation serait une loi générale. Les faits suivants paraissent justifier cette conclusion : *a)* lois qui régissent l'irritabilité chez les végétaux : *b)* l'infatigabilité du nerf ; *c)* l'infatigabilité du muscle au point de vue de la sensation ; *d)* la lente fatigabilité de la moelle.

Sur les sécrétions internes des glandes, avec et sans canal excréteur, et même des organes non glandulaires.

M. J. Gomez Ocana (Madrid). — Depuis qu'on admet l'existence de glandes sans canal excréteur uniquement parce qu'elles modifient la composition du sang avec les produits de son métabolisme, on ne peut plus refuser la fonction sécrétrice aux autres tissus, y compris le nerveux. J'ai pris comme mesure de l'activité des produits des glandes et des tissus les actions qu'elles ont sur le système nerveux et plus particulièrement sur le nerf pneumogastrique, le rythme cardiaque et la pression artérielle. L'injection des extraits de capsules surrénales dans les veines des animaux produit une élévation extraordinaire de la pression artérielle et un ralentissement du pouls. Quand on injecte des extraits de glande thyroïde, il se produit un abaissement de la pression artérielle et une augmentation de l'excitabilité des nerfs modérateurs du cœur. J'ai observé, après l'injection des extraits de foie, un abaissement de la pression artérielle. Avec des extraits de foie de mouton, on peut neutraliser les effets dynamogènes des extraits de capsules surrénales. Souvent l'on observe, après l'injection de l'extrait du foie dans les veines des chiens, un ralentissement du pouls. L'extrait des reins produit, quand on l'injecte dans le torrent circulatoire des chiens, un ralentissement du pouls et une élévation de la pression artérielle. La substance cérébrale du chien est très toxique pour les animaux de la même espèce. Injectée à un autre chien, elle produit chez lui une grande excitation ; mais cette excitation est très passagère

et bientôt arrive une profonde narcose avec perte de sensibilité et convulsions toniques. L'anesthésie dure de cinq à quinze minutes ; mais les chiens ne s'éveillent pas complètement. Ils restent comme engourdis et quelquefois ils présentent des spasmes et des contractures. Malgré l'action tonique qu'on attribuait autrefois au suc testiculaire, les extraits de cette glande injectés chez les chiens produisent un abaissement de la pression artérielle.

Variation négative et activité fonctionnelle.

MM. A. Herzen et C. Radzikoswky (Lausanne). — Nous soutenons, avec *Valentin*, que la v. n. et l'activité fonctionnelle *ne sont pas une seule et même chose*. mais deux phénomènes, dont le premier *accompagne* le second, mais ne le *constitue* pas ; et, avec *Walter*, que des nerfs plus ou moins altérés *peuvent encore* donner le phénomène électrique, alors qu'ils *ne peuvent plus* être physiologiquement actifs. Pour démontrer ce point, l'un de nous (R.) a fait sur des nerfs légèrement anesthésiés ou spontanément mourants l'expérience qu'il vient de décrire dans *Clbt. f. Physiol.* du 17 août dernier, et que nous avions l'intention de vous montrer ; nous y renonçons cependant pour les raisons suivantes : 1° elle est exposée à deux objections : *a*) la déviation qui persiste n'est pas une vraie v. n. mais un phénomène *électrotonique*, et *b*) l'organe terminal est. lui aussi, altéré et ne réagit pas à l'incitation du nerf : nous répondons à *a* qu'alors *toutes* les expériences avec irritation par secousse induites sont à condamner, et à *b* qu'une *faible* irritation de la partie périphérique du nerf provoque encore de vives contractions. Il faudrait donc pour prouver le point en question avoir une expérience sur laquelle ces deux objections n'ont aucune prise. 2° L'un de nous (H.) avait cherché à éviter l'objection *b* en privant un trajet central du nerf de son excitabilité locale (p. ex. au moyen de la chloralose) : l'irritation de ce trajet ne provoque alors plus aucune contraction, mais bien une v. n. dans la partie périphérique du nerf ; mais l'objection *a*, la plus sérieuse. subsiste ; il n'y a qu'un moyen de l'éviter, qui consiste à renoncer à l'irritation par secousses induites. On aurait ainsi une expérience exempte de toute objection — *parfaite*. 3° Or nous avons récemment, après l'avoir perdu de vue, retrouvé une telle expérience dans un remarquable travail de *Boruttau* ; on isole un trajet moyen du sciatique, on le soulève et l'expose à la dessiccation jusqu'à la perte complète de son excitabilité ; puis on l'humecte d'une goutte de sérum artificiel et on le remet à sa place où il se réimbibe peu à peu ; enfin on empoisonne la grenouille avec de la strychnine ; on voit alors que l'extrémité correspondante *ne prend aucune part au tétanos* ; mais si on coupe le nerf près des muscles pour le relier au galvanomètre, on constate qu'à chaque accès *il donne la v. n.* Cette expérience que nous n'avons pas à vous montrer, puisqu'elle n'est pas de nous, échappe à toutes les objections dont *Cybulski*, *Wedenski* et *Boruttau* ont accablé les nôtres ; elle démontre à l'évidence que le trajet modifié *arrête la transmission de l'activité fonctionnelle*, mais *transmet le phénomène électrique* qui accompagne celle-ci, et que la partie périphérique du nerf (restée absolument normale) *propage la v. n. sans entrer en activité fonctionnelle* ; elle nous mène, en outre, à dépasser l'énoncé de *Walter*, en montrant que l'apparition de la v. n. *seule* peut avoir lieu dans des nerfs *normaux*.

Il est vrai que l'auteur de cette expérience en tire une conclusion tout à fait différente : il persiste à considérer la v. n. comme un signe infaillible d'activité fonctionnelle, ce qui l'oblige d'admettre que le nerf peut être le siège d'une activité *trop faible* pour exciter l'organe terminal ; mais c'est là une vue de l'esprit à laquelle nous pouvons en opposer une autre : il faut une irritation *plus forte* pour éveiller l'activité fonctionnelle d'un nerf que pour y produire la v. n. Hypothèse pour hypothèse, la nôtre vaut la sienne et a sur elle l'avantage que, dans l'expérience en question, il s'agit d'une irritation *violente*, qui produit une contraction maximale des muscles. Nous tenons donc actuellement pour notre interprétation du fait constaté par *Boruttau*, et nous sommes heureux d'être cette fois entièrement d'accord avec lui sur le *fait*. L'avenir décidera entre les deux hypothèses.

Loi de l'action de la sucrase.

M. V. Henri (Paris). — 1° L'action de la sucrase sur le saccharose ne se produit pas suivant la loi logarythmique admise par la plupart des auteurs (Duclaux, O' Sullivan et Tompson, etc.) ; la valeur de $K = \frac{1}{t} \log \frac{a}{a-x}$ ne reste pas constante pendant la durée de l'inversion, elle croît d'une manière régulière depuis le début de la réaction jusqu'à la fin. (Dans la formule précédente a est la quantité de saccharose au début, x est la quantité intervertie après un temps égal à t). 2° La loi suivant laquelle se produit l'inversion correspond à la formule $K_1 = \frac{1}{t} \log \frac{a+x}{a-x}$; la valeur de K_1 reste constante pendant toute la durée de la réaction. 3° En étudiant l'action de la sucrase sur des mélanges de saccharose et de sucre interverti, ainsi qu'en déterminant l'influence produite sur la réaction par l'addition de nouvelles quantités de saccharose ou de sucre interverti à différents moments de l'inversion, on voit que la sucrase reste pendant toute la durée de l'inversion comparable à elle-même : le fait d'avoir agi pendant plusieurs heures et d'être restée en solution sucrée pendant ce temps n'a aucune influence appréciable sur l'activité de la sucrase. On peut donc en se servant de la formule précédente calculer d'avance comment se produira l'inversion, lorsqu'on fera agir la sucrase sur un mélange donné de saccharose et de sucre interverti. 4° La « constante d'inversion » K_1 varie avec la concentration en saccharose a : le produit $a K_1$ augmente avec a pour les concentrations faibles (au dessous de 5 %) ; il reste constant pour les concentrations moyennes (5 à 25 %), et diminue lorsque a croît au delà de 25 %.

(*A suivre.*) A. Marie.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Session d'Ajaccio)

Section de médecine. — Communications diverses.

Utilisation de la radiographie comme contrôle, à la suite des accidents du travail.

M. Bilhaut (de Paris). — Le médecin ou chirurgien chargé à titre d'expert de statuer sur les conséquences d'accidents survenus pendant le travail ou autrement ne doit pas se borner à recourir à l'examen clinique tel qu'on le comprenait autrefois. Il ne lui faut pas s'attacher à établir des théories pour l'explication de tel ou tel fait avancé par le blessé. Il doit recourir de préférence aux indications qui peuvent ressortir des sciences dites accessoires : physique et chimie surtout. Il ne doit jamais manquer de demander aux rayons X les renseignements si précieux qu'ils peuvent lui fournir. Souvent, lorsque les signes cliniques d'examen méthodique par la palpation, l'auscultation, la percussion, seront en défaut ou insuffisants, il trouvera dans la judicieuse application des rayons X des signes de certitude. Il donnera ainsi une appréciation équitable, parce qu'elle sera basée sur des données certaines. L'expert devra s'attacher à examiner lui-même les sujets qui seront soumis à l'expertise. Par une étude suivie, il se fera une éducation de l'œil, éducation indispensable, aussi bien pour la lecture des clichés que pour comprendre ce qui se voit à l'écran pendant les mouvements actifs ou passifs du malade. Ainsi armé, il sortira des formules le plus souvent vagues et pourra conclure en toute justice sur les conséquences temporaires ou définitives d'un traumatisme.

Métatarsalgie. Utilisation des rayons X pour déterminer les indications thérapeutiques.

M. Bilhaut (de Paris). — Quand le médecin se trouve en présence d'un cas de matatarsalgie, il lui est en général facile d'établir un diagnostic d'après les symptômes suivants: douleurs survenant dans l'avant-pied après la marche, augmentant rapidement, cessant brusquement dès que la chaussure est enlevée et ne s'accompagnant d'aucun signe d'inflammation des téguments ni de lésion visible du squelette. Il y aura lieu de demander à l'examen radiographique le complément du diagnostic. En effet, la déclassification du squelette indiquerait l'imminence d'une lésion d'origine tuberculeuse, tandis que la présence d'exostose serait au contraire un signe confirmatif. Dans certains cas, la radiographie apprendra qu'il existe une ostéite condensante ainsi que cela a été vérifié déjà. Il sera rationnel de prendre la radiographie sous différents angles, une épreuve sera faite le pied reposant à plat sur la plaque sensible ; une seconde épreuve de profil pourra révéler, comme dans le cas qui nous occupe, la présence d'une exostose ou d'un sésamoïde au-dessous de la tête du 3e ou 4e métatarsien. Le diagnostic étant ainsi établi, il ne restera plus qu'à poser les indications ou les contre-indications de la thérapeutique à suivre. Dans les cas simples, le repos, l'immobilisation dans le plâtre, peuvent amener une détente qui satisfasse le malade. Dans les cas de moyenne intensité, la même médication pourra donner aussi de bons résultats. Dans les cas plus graves, ceux par exemple dans lesquels la marche devient rapidement pénible, il est nécessaire d'intervenir et l'opération de choix devant consister dans la résection de la tête du métatarsien qui par son état anatomique ou par ses déplacements anormaux est la cause de douleurs, il est nécessaire de savoir si l'intervention portera sur le 3e ou sur le 4e métatarsien. La radiographie viendra encore confirmer les données de l'examen clinique, tel qu'on le pratiquait avant la découverte des rayons X. Le chirurgien appelé à intervenir dans ces conditions pratiquera sur la face dorsale du pied une incision de trois à quatre centimètres permettant de donner issue à la tête du métatarsien malade en ayant soin de ménager le tendon extérieur qu'il devra toujours s'évertuer à faire récliner par un aide. Au moyen du couteau ostéotome de Farabeuf, on ouvrira l'articulation puis avec la rugine tranchante d'Ollier on détachera les ligaments périosteo-capsulaires jusqu'au point où devra porter la section. Celle-ci sera faite avec la pince coupante, de préférence et le fragment osseux sera détaché avec la pince à séquestre. L'opération sera pratiquée aseptiquement et la réunion sera ainsi obtenue par première intention. La métatarsalgie est donc une affection qui rentre dans la pathologie externe et se trouve justiciable dans les cas très douloureux d'une thérapeutique chirurgicale.

Le paludisme en Corse.

M. le Dr Félix Battesti (de Bastia) — 1o L'anophèle maculipennis (claviger de Grassis et Ficalbi) est, en Corse, le principal agent propagateur du parasite paludigène, car on le rencontre toujours en abondance dans les localités palustres et jamais dans celles qui sont salubres ; 2o dans certaines parties de la Corse, telles que la côte orientale, on peut contracter la fièvre paludéenne, même au mois de janvier, car les moustiques peuvent y hiverner facilement ; 3o contrairement à la croyance générale, l'eucalyptus, loin d'être un culicifuge, donne au contraire asile aux moustiques comme les autres arbres. On peut donc continuer à le planter loin des habitations, pour drainer l'humidité du sol, mais il faut se garder, comme on l'a fait jusqu'ici, d'en entourer les maisons, partout où il y a des moustiques ; 4o il y a eu lieu, en pays palustres, de continuer comme par le passé, à apporter la plus grande attention à la qualité de l'eau consommée en boisson, car, à défaut du paludisme, dont l'agent spécial est le moustique, la mauvaise eau puisée dans des endroits marécageux peut donner naissance à des intoxications gastro intestinales qui diminuent la résistance de l'organisme et ouvrent ainsi la porte à l'infection ou la compliquent ; 5o la quinine administrée à titre préventif, la dose de 0 gr. 15 par jour, suffit le plus souvent pour à réserver de l'infection, à la condition toutefois de se conformer également aux règles de l'hygiène des pays palustres ; 6o au début de toutes les affections fébriles, l'usage immédiat des purgatifs et des vomitifs, larga manu, déblaye le terrain des infections qui peuvent coexister avec le paludisme (à moins qu'il ne s'agisse d'une infection éberthienne) permettant à celui-ci de se démasquer et à la quinine, qui est son remède spécifique, d'agir sûrement et promptement. Pour les mêmes raisons, l'antisepsie intestinale est de rigueur et l'on fera bien de la pratiquer, à titre prophylactique, de temps à autre ; 7o L'État devrait chercher un procédé pratique pour mettre la quinine à la portée des plus petites bourses en essayant par exemple, *dans les pays palustres*, de la faire distribuer au prix coûtant (0 fr. 10 le gram.) par les bureaux de poste et les facteurs ruraux qui délivreraient les paquets portant l'estampille officielle de garantie, cela en attendant les travaux d'assainissement qui, en Corse s'imposent comme un droit à la vie.

Contribution à l'étude de l'arrêt de la carie dentaire.

M. J. Choquet, Professeur à l'École dentaire de Paris. — J'ai démontré dans des travaux antérieurs la véracité de la théorie émise par Galippe au sujet de la continuation de la carie dentaire sous des obturations faites avec tout le soin désirable et cela au bout d'un temps plus ou moins long, suivant l'état général du sujet et le coefficient de résistance de la dent. J'ai réussi à reproduire sur les dents d'un animal vivant, le mouton, les altérations pathologiques inhérentes à cette affection, en creusant dans celles-ci des cavités artificielles, que j'ensemence chacune avec un microbe différent, provenant de carie ayant continué sous des obturations bien faites. Le tout était recouvert d'une obturation en tous points semblables à celles que nous faisons dans notre clientèle. Il va de soi qu'une asepsie rigoureuse a été suivie pour ces expériences. La question qui est étudiée aujourd'hui est la suivante : réussir à enrayer la prolifération lente des micro-organismes disséminés dans la profondeur des canalicules dentinaires. En un mot, le but que nous visons, c'est l'arrêt définitif de la carie dentaire. Si, jusqu'ici les diverses tentatives faites pour obtenir la stérilisation de la dentine, et conséquemment l'arrêt de la carie, n'ont donné que des résultats négatifs, cela tient à ce que les diverses méthodes employées ne l'étaient que d'une façon empirique. On ne tenait pas compte des règles inhérentes à la bonne préparation de pièces histologiques. Ce sont ces règles que nous avons mises en pratique depuis plus de cinq ans dans notre clientèle et qui nous ont donné des résultats parfaits.

Voici la marche à suivre : 1o nettoyage mécanique de la cavité à obturer, au moyen de la fraise ; 2o déshydratation, non pas au moyen de l'air très chaud, mais de l'air tiède, auquel on associe ensuite l'action énergique de l'alcool à des *titres successifs* et de plus en plus élevés jusqu'à l'alcool absolu : 3o séchage à l'air chaud et remplacement de l'alcool par le mélange alcool, xylène, essence de géranium et hydro-naphtol. Des dents traitées de cette façon, en prenant la précaution de laisser pendant 24 heures dans la cavité un pansement recouvert de gutta, destiné à empêcher la pénétration de la salive, n'ont donné aucun résultat comme développement microbien. Au contraire, des dents n'ayant pas subi la déshydratation par l'alcool à des degrés successifs et obturées pendant le même laps de temps que les précédentes avec le même pansement, ont toujours donné naissance à une culture polymicrobienne après ensemencement dans les différents milieux nutritifs employés en bactériologie. Dans le premier cas, si nous voulons nous assurer de la pénétration de l'hydronaphtol dans la couche de dentine qui recouvre la pulpe, nous n'avons qu'à déposer sur celle-ci une goutte de nitrate acide de mercure qui la colorera en jaune foncé, tandis que dans le second cas, alors qu'il n'y aura pas eu pénétration par suite d'une déshydratation dé-

fectueuse, le nitrate acide de mercure colorera la dentine en rose pâle.

Ce sont ces résultats qui ont été présentés en mon nom cette année, à la Société de Biologie, par M. Malassez, à qui nous ne saurions adresser trop de remerciements. Depuis cette époque, on nous a fait quelques observations au sujet de notre manuel opératoire, et entre autres, on nous faisait remarquer que l'hydronaphtol, après avoir tué les microbes disséminés dans la dentine, devait, par absorption, tuer la pulpe. Nos assertions sont basées sur des observations et sur des expériences personnelles et précises, et nous répondrons à notre collègue à l'Ecole Dentaire de Paris, M. Albert Loup : 1° qu'il lui est matériellement impossible de déshydrater une portion de dentine au moyen de chloroforme, vu le peu de solubilité de celui-ci dans l'eau ; 2° qu'il est absolument irrationnel de confier à la nature seule le soin de réagir dans le cas qui nous occupe ; 3° que l'antisepsie n'est pas, comme il le dit, la création d'un milieu impropre à toute vitalité ; 4° que dans la dent, après la mort ou la disparition de la pulpe, la portion vivante n'est pas le cément, mais bien le ligament alvéolo-dentaire, sans lequel la dent ne tiendrait pas dans son alvéole ; 5° que l'hydronaphtol employé comme nous l'indiquons, loin de tuer la pulpe, sert pour ainsi dire d'excitant à la couche odontoblastique de celle-ci. Que les odontoblastes et non les fibrilles dentinaires, comme le dit mon collègue, viennent à sécréter de la dentine secondaire très appréciable après huit jours, dentine secondaire que nous ne pouvons mieux comparer qu'à la sclérose qui se produit dans l'organisme.

Nos conclusions sont les suivantes : Nous pouvons affirmer aujourd'hui que la carie dentaire, phénomène pathologique, peut être arrêtée d'une façon complète et cela sans nuire en quoi que ce soit à l'intégrité physiologique de la pulpe.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les accidents du travail et les hôpitaux.

Par le Dr **H. BOUSQUET**,

Directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, Professeur de clinique chirurgicale.

M. le Dr Bousquet, de Clermont-Ferrand, vient d'adresser aux chirurgiens des hôpitaux de province la lettre ci-dessous au sujet des soins donnés dans les hôpitaux aux victimes des accidents du travail. Depuis plusieurs mois, tant à Paris qu'en province, les syndicats médicaux se préoccupent de la question que veut tenter de résoudre M. le Dr Bousquet et qui est d'une grande importance pour les médecins-praticiens. Souhaitons que les chirurgiens des hôpitaux de Paris suivent l'exemple des chirurgiens de province ; ce serait faire preuve de solidarité et de bonne confraternité.

A Messieurs les Chirurgiens des hôpitaux de province.
Messieurs et honorés Collègues,

L'article IV de la loi de 1898 sur les accidents du travail a établi que les patrons étaient responsables des *soins médicaux* et pharmaceutiques au cas où un de leurs ouvriers serait blessé. Or, patrons et collectivités (Cies minières, Cies de chemin de fer, Cies d'assurances, etc., etc.) trouvent tout naturel, pour que leurs ouvriers soient mieux soignés, de les envoyer, lorsqu'ils sont blessés, à l'hôpital régional le plus voisin. Ils acquittent alors la somme exigée par la Commission administrative pour l'hospitalisation des indigents étrangers à sa circonscription et, éludant la loi, réalisent une grosse économie en frustrant les médecins qui auraient dû soigner les malades des honoraires qui leur sont dus.

Quant au chirurgien de l'hôpital, de deux choses l'une : ou il réclame ses honoraires, cas auquel, on lui oppose une fin de non-recevoir, ou il ne réclame rien ; et, dans un cas comme dans l'autre tout est bénéfice pour celui qui devait payer. Semblable état de choses gravement préjudiciable aux intérêts des membres du corps médical, ne saurait être toléré ; nous n'avons pas le droit, en effet, même en n'exigeant pas d'honoraires, d'enlever à nos confrères leur clientèle. Il est de toute nécessité que nous ayons en pareille circonstance une ligne de conduite unique et, si vous le voulez bien, nous profiterons de notre réunion annuelle au congrès de chirurgie pour nous entendre sur les mesures à prendre.

Si vous adoptez cette manière de voir, nous pourrions nous réunir *le mardi 22 courant, à 2 h. du soir, dans la salle de correspondance du Congrès.*

Recevez, Messieurs et honorés Collègues, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

VARIA

Au lazaret du Frioul.

Le *Matin* du 6 octobre publie la correspondance suivante au sujet du lazaret du Frioul :

Marseille, 5 octobre. — Le docteur Proust, après une nouvelle visite au Frioul, s'est rendu compte du fonctionnement des services municipaux de l'hygiène. Les prescriptions de l'inspecteur général, délégué du ministère, ont notamment porté sur les mesures à prendre en vue de la destruction des rats, que M. Proust considère comme les principaux agents propagateurs de la peste, non par leur propre contact, mais par les puces dont ils sont porteurs et qui, transmises à l'homme, communiquent la maladie. Pour éviter toute contagion, le problème consiste à empêcher l'immigration vers la terre des rats qui peuvent se trouver contaminés. Le nécessaire sera fait au Frioul, et, pour plus de sûreté, la destruction des rats va être sérieusement poursuivie sur les quais, dans les égouts et même dans les maisons particulières. Les cadavres des rats d'égout seront portés aux étuves municipales et détruits par le procédé Aimé Girard, qui repose sur l'emploi de l'acide sulfurique à très haute pression. Les cales des navires, une fois débarassées de leurs marchandises, seront aussitôt plongées dans la chaux vive. M. Proust assure que par ces moyens on arrivera à éloigner le fléau ainsi qu'on l'a fait jusqu'à présent à Marseille. La sécurité doit être absolue. Il n'y a rien craindre. Le docteur Proust, qui repart ce soir pour Paris, laisse à Marseille son collaborateur, M. Faivre, inspecteur général des services sanitaires des ports, qui veillera à l'exécution des recommandations prescrites, aux aménagements nouveaux et aux modifications des services, jugés nécessaires dans l'établissement du Frioul. La chambre de commerce de Marseille compte demander au gouvernement de consacrer une partie des droits sanitaires imposés aux navires entrant dans notre port à l'amélioration du service de santé. Le docteur Proust a constaté que les services municipaux étaient prêts à repousser de la ville toute invasion du fléau au cas où elle en serait menacée.

La municipalité a remis en vigueur l'arrêté relatif à la destruction des rats et souris pour les cadavres desquels une prime a été allouée.

Les manœuvres du corps de santé.

Chalons-sur-Marne, 4 octobre. — Aujourd'hui, l'ambulance divisionnaire a continué son fonctionnement à Vadenay. Elle fut ensuite relevée par l'hôpital de campagne, commandée par le médecin-major Petit, qui improvisa des moyens de couchage et fit aménager les voitures auxiliaires pour transporter les blessés. L'ambulance comprend 7 officiers, 45 infirmiers, 15 chevaux : l'hôpital comprend 15 officiers, 125 infirmiers et 30 chevaux. Une division d'infanterie figurée marche à la rencontre d'une colonne ennemie venant de Cheppe vers Châlons. Elle est constituée effectivement par 4 bataillons d'infanterie (du 106e, du 160e, du 156e, et du 37e) représentant chacun un régiment. Deux batteries d'artillerie figurent également deux groupes. Le service de santé est constitué par une ambulance divisionnaire sous la direction du médecin-major Lallement, par des médecins de corps au complet de mobilisation. Ce service est dirigé par le médecin principal Camus, médecin divisionnaire. Les expériences d'ambulance ont parfaitement réussi et ont été démonstratives. L'action terminée, les troupes regagnent

leurs cantonnements, après avoir pris un repas froid sur le terrain. Les médecins n'ont pas encore fini leurs opérations. Il faut maintenant évacuer les blessés vers l'ambulance, les embarquer sur les voitures à blesses ou sur des litières portées par des mulets ou même à bras d'hommes sur des brancards. L'ambulance fonctionne dans une ferme, à Vadenay. Là des soins plus sérieux sont donnés aux blessés ; les voitures de chirurgie fournissent tout un matériel, qu'on est étonné de trouver si complet. Malgré le zèle des médecins, stimulé par l'énergique commandement du docteur Lallement, les opérations se continuent jusqu'au soir.

(*Le Journal.*)

Les Instituteurs et la Tuberculose.

Depuis quelque temps, une lutte acharnée est engagée contre la tuberculose, et, dans les milieux ouvriers particulièrement, les résultats sont assez satisfaisants. Le sont-ils autant à l'école, pour l'instituteur surtout ? Il s'en faut de beaucoup. Les conditions matérielles dans lesquelles il se trouve, son maigre traitement, les charges qui pèsent sur lui, ne lui permettent pas de se procurer les soins nécessaires à sa guérison, s'il est malade ; à la défense contre la contagion, s'il n'est pas encore « touché ». Souvent, il est astreint à un travail fatigant lorsqu'il lui faudrait du repos ; souvent aussi, ses émolaments sont trop minimes pour lui permettre la suralimentation. Il continue à faire sa classe. Il contamine ses élèves, répand dans les familles l'effrayante maladie.

Frappée des terribles conséquences de cette situation, la Société de secours mutuels du Pas-de-Calais a invité toutes les Sociétés de secours mutuels d'instituteurs et d'institutrices à une réunion qui se tenait hier à la Sorbonne, dans la salle Michelet, pour étudier les moyens propres à la fondation de sanatoria d'instituteurs. M. Lenne, inspecteur d'académie, président de la Société du Pas-de-Calais, remercie ceux qui ont facilité les démarches faites par la commission provisoire désignée par le département, tels MM. Leygues, ministre de l'instruction publique ; Bayet, directeur de l'enseignement primaire ; Gréard, vice-recteur de l'Université ; les Amicales, etc.

Puis les décisions suivantes sont prises : Le Congrès est d'avis que, si la création de sanatoria régionaux est préférable, il y a lieu de s'attacher d'abord à la fondation d'un seul sanatorium de 100 à 110 lits, quitte à en fonder d'autres lorsque la situation budgétaire le permettra.

Le fonctionnement administratif de ce premier sanatorium est assuré par une rente de 40,000 francs, fournie par la cotisation de chaque Société, proportionnelle au nombre de ses membres. Enfin, il est fondé une Union des Sociétés de secours mutuels des instituteurs et des institutrices de France contre la tuberculose. (*Le Journal.*)

FORMULES

XVII. — Contre les hémorroïdes.

Vaseline........ .... } Lanoline .... }	àà 10 grammes.
Calomel.........................	0 gr. 05
Ajouter ou non extrait thébaïque ou de belladone............ ..	0 gr. 20

(NŒGELI.)

XVIII. — Lavement alimentaire.

Bouillon.........................	140 grammes.
Jaune d'œufs.....................	N° 6
Vin	20 grammes.
Chlorure sodique.................	2 cuillerées à café

Il faut battre longtemps les œufs, au moins cinq minutes, pour que le mélange soit bien lié. Le lavement est injecté tiède, son volume ne doit pas dépasser 256 cc. Le lavement doit être tiède et donné très lentement, le malade étant couché.

(TOURNIER.)

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 22 septembre au samedi 28 septembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,120 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 398, illégitimes 158. Total 556. — *Sexe féminin* : légitimes, 428, illégitimes, 136. Total, 564.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 22 sept. au samedi 28 sept. 1901, les décès ont été au nombre de 694, savoir : 374 hommes et 320 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 5 F. 2. T. 7. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 5, F. 3, T. 8. — Rougeole : M. 1. F. 1, T. 2. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 4, F. 2, T. 6. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 0, F. 1, T. 1. — Tuberculose des poumons : M. 108, F. 70, T. 178. — Tuberculose des méninges : M. 6. F. 7, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 4, F. 2, T. 6. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 15, F. 27, T. 42. — Méningite simple : M. 8, F. 9, T. 17. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 15, F. 14, T. 2[illegible]. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 28, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 4, T. 6. — Bronchite chronique : M. 5, F. 5, T. 10. — Pneumonie : M. 10, F. 7, T. 17. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 24, T. 47. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 4, F. 3, T. 7 ; autre alimentation : M. 11, F. 21, T. 32. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 6, F. 0, T. 6. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 6, T. 7. — Cirrhose du foie : M. 9, F. 0, T. 9. — Néphrite et mal de Bright : M. 8, F. 11, T. 19. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0. F. 2, T2. . — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10, F. 16, T. 26. — Débilité sénile : M. 11, F. 16, T. 26. — Morts violentes : M. 22, F. 3, T. 25. — Suicides : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres maladies : M. 51. F. 28, T. 79. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 8, F. 5, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 47, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 14, illégitimes, 15. Total : 29. — *Sexe féminin* : légitimes, 13, illégitimes, 5. — Total : 18.

ÉCOLES DU SERVICE DE SANTÉ. — Listes d'admission, par ordre de mérite, aux écoles du service de santé de l'armée (Lyon) et de la marine (Bordeaux), à la suite du concours de 1901 :

Ecole de Lyon. — 1. Hügel, Rayot, Delahousse, Croidieu, Laloy, Chatain, Renaud, Labougle, Nicard, Trochet, Causeret, Maillard, Rouband, Pierre-Philippe Hornus, Clerc, Perrier, Saupiquet, Rudler, Dufils, Paitre. — 21. Moynet, Bloch, Guionie, Chauliac, Thivol, Malmonté, Drouet, Boyé, Mahaut, Cordier, Cazeneuve, Martin, Sanson, Groc, Trèves, Talpain, Peridier, Biros, Pernin, Candiotti. — 41. Reynaud, Rigal, Duteil, Geay, Perdrizet, Pilliot, Rolin, Zemb, Bargeton, Eybert, Dizac, Larroque, Ortal, Mandoul, Chon, Georges-Gustave Hornus, Cazottes, Frantz, Cathala, Jammes. — 61. Destelle, Guillois, Marion, Louis, Pouchet, De Sauvejunte, Orticoni, Kœnig, Querleux, Simonin, Royer, Coulon, Vullemot, Turcan, Fulcrand, Charton, Grondone, Salètes, Remy, Perot. — 81. Gottenkiény, Beaumont, Dellys, Ducos, Regnault, Balme, Lémonon, Charrier, Fonsagrives, Dez, Peutot, Sailly, Baillou, Yvert, Augé, Gary, Villard, Vergnes, Le Petit, Dorange.

Les cinquante premiers candidats reçus devront se présenter à l'Ecole le vendredi 25 octobre prochain, à huit heures du matin, et les autres le même jour à deux heures précises du soir.

Ecole de Bordeaux. 1° *Ligne médicale* : 1. Bellot, Ronduel, Fulcrand, Trividic, Hérissé, Savidan, Cathala, Bongrand, Lemogne, Lossouarn, Caudiotti, Ricau, Augé, Ducrot, Giraud, Corolleur, Robin, Cariès, Le Roy, Vadon. — 21. Collomb, Alquier, Subra de Salafa, Richaud, Colat, Fouladoux, Guennoc, Lebard, Kagi, Destelle, Fleury, Castueil, Reyneau, Jauréguiber, Gassin, Dupin, Fournier, Cristau, Maupetit, Touchard. — 41. Dufranc, Bussière, Jubin, Villeroux, Cocaign, Malouvier.

2° *Ligne pharmaceutique.* 1 Schluty. 2 Guéneau. 3 Vergnes.

On peut remarquer qu'un certain nombre de candidats sont admis aux deux écoles.

FACULTÉ DE MÉDECINE. *Laryngologie, Rhinologie et Otologie.* — 1° Cours : M. le Dr Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra ses leçons, à *l'Amphithéatre Cruveilhier* (Ecole pra-

tique), le mardi 5 Novembre 1901, à 3 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit. — 2° Exercices pratiques, sous la direction de M. le Dr Castex, assisté de MM. les Drs Collinet, Rabé et Guisez, anciens internes des hôpitaux.

Les exercices pratiques ont lieu toute l'année, sans interruption. *Examen et traitement des malades*, tous les jours, de 3 heures à 5 heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 1, les lundis, mardis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Médecine opératoire. — *Exercices opératoires* sous la direction de M. le Professeur Berger et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, cours facultatif d'automne. M. le docteur Guibé, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 14 octobre 1901, à 1 heure 1/4 précise, pavillon n° 7.

Hopital des enfants-malades. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 4 novembre 1901, à 9 heures du matin (Hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Seront admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures. Les élèves seront classés par série de vingt et pour une période de un mois. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité). M. le docteur Deguy, chef du laboratoire, et M. B. Weill, interne du service, dirigent les travaux pratiques.

Faculté de Nancy. — Le Pr Gros est nommé pour trois ans doyen de la Faculté de Nancy.

Concours de l'Externat. — Le jury du concours de l'Externat est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Nageotte, Dufour, Enriquez, Claude, Lyot, Michon, Savariaud et Bouffe de Saint-Blaize.

Médecine sanitaire internationale. — Le Concours pour l'emploi de médecin sanitaire à Constantinople, dont nous avons donné le programme, s'est terminé par la nomination de MM. Noffer, Matiz, Ahmed, Zanettos, Feder et Assa (1 Italien, 1 Turc, 1 Grec, 1 Roumain, 1 israélite ottoman). Le jury était composé des docteurs Clemow, délégué d'Angleterre au Conseil sanitaire ; Mally, délégué d'Autriche-Hongrie ; Mirahol, délégué de France, et Remlinger, sous-directeur de l'Institut Pasteur. Cinquante candidats environ s'étaient fait inscrire, mais seize seulement ont concouru.

Vacances médicales. — Un emploi d'interne est disponible à l'Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, à Mayenne (Mayenne). Pour tous renseignements, s'adresser à M. le directeur-médecin en chef du dit asile.

A propos d'une machine a coudre prétendue inédite. — Dans notre dernier numéro, page 224, 2e colonne, nous avons reproduit un entrefilet du *Journal*, en indiquant du reste sa provenance selon notre habitude. Il y était annoncé une machine à suturer inédite. M. le Dr René Behn, de Paris, nous écrit pour réclamer la priorité de cette invention. En 1898, il fit construire par la maison Avrial, 141, rue Saint-Dominique, la machine elle-même et par M. Favre, 1, rue de l'Ecole-de-Médecine, les compresseurs pour rapprocher les lambeaux. Cet instrument a figuré, nous écrit-il, à l'Exposition de 1900, et un pli cacheté a été déposé à l'Académie à son sujet.

Le crane de Mozart. — Les prochaines fêtes commémoratives de Salzbourg remettent sur le tapis une question fort controversée. Il s'agit du crâne de Mozart. A la suite de circonstances fort compliquées, le crâne de l'illustre auteur de *Don Juan* passa entre les mains du professeur d'anatomie Hyrtl, de Vienne. Celui-ci en fit une description scientifique et stipula qu'après sa mort la relique ferait retour à la ville natale de Mozart. Lorsque Salzbourg réclama l'exécution de cette clause, la veuve du savant y mit son « veto ». Ce crâne, au surplus, était devenu introuvable. Or, le hasard fit découvrir la prétendue relique dans un asile des environs de Salzbourg ; mais elle n'est pas conforme à la description qui en avait été faite par M. Hyrtl lui-même. Les tribunaux seront appelés à se prononcer sur ce curieux problème d'anthropologie. (*Journal.*)

Collège de France. — M. J. Jolly commencera, le 7 novembre 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois.

Incinération. — Le samedi 5 octobre, a eu lieu au cimetière du Père-Lachaise l'incinération de M. Louis-Léger Vauthier, *ancien ingénieur des ponts et chaussées, ancien représentant du peuple à la Législative de 1849, ancien membre du conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine*, décédé le 2 octobre à Beauchamps (Seine-et-Oise), dans sa 87e année.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Gouzer, médecin de division dans l'escadre d'Extrême-Orient, âgé de quarante-sept ans, décédé à Tché-Fou ; du Pr Galvanès, d'Athènes.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 42. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 19 OCTOBRE 1901

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — PHYSIOLOGIE : L'amiboïsme des neurones, par Binet-Sanglé. — BULLETIN : La déclaration des maladies infectieuses dans les stations maritimes et d'eaux minérales, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie* : Réflexes chez un hémiplégique, par Féré ; Cryoscopie des urines chez les femmes enceintes, par Nobécourt et Delamare ; Détermination des doses mortelles d'émétine, par Maurel (c. r. de Mme E. Pilliet) ; *Académie de médecine* : Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli, par Josias ; Sur la palatoplastie en deux temps, par Ehrmann : Fièvre bilieuse hémoglobinurique en Algérie, par Vallin (c. r. de Plicque) ; *Société médicale des Hôpitaux* : Température cutanée des paralytiques généraux, par Vaschide et Monnier ; Lymphocytose dans la méningite chronique alcoolique, par Dufour : Cytologie du liquide d'une arthropathie tabétique, par Dufour ; Thoracentèse et pneumothorax partiel, par Variot et Roy ; Empyème guéri par thoracentèse, par Galliard (c. r. de J. Noir). — *Société de Médecine de Paris* : Gingivite syphilitique simulant la stomatite mercurielle, par Buret : Discussion par E. Vidal (c. r. de Buret et E. Vidal). — CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (*Suite et Fin*) : Traitement de l'inversion utérine, par Oui : Vomissements incoercibles de la grossesse, par Hugé ; Fibromes de l'utérus compliqués de grossesse, par Delagénière ; Antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité, par Baudron : Mensuration radiographique du bassin, par Morin : La défense de l'enfant par Olive et Schmitt ; Rôle du médecin dans l'éducation, par Le Gendre. — CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE (*Suite et Fin*) : De la graduation des effets de la fatigue, par Mlle Joteyko ; De la graduation des effets des anesthésiques, par Mlles Joteyko et Stefanowska : Réaction motrice différentielle du muscle et du nerf, par Mlle Joteyko ; Origine de la lymphe, par Moussu ; Influence de l'alimentation sur le cœur, par Prévost et Batelli ; Rythme spontané dans le travail ergographique, par Trèves : Quantité d'électricité dans l'excitation électrique des muscles et des nerfs, par Weiss : Relations entre les glandes thyroïdes et parathyroïdes, par Gley : Superposition de deux excitations électriques successives en un même point des nerfs, par Weiss : Conditions favorables et défavorables à l'hypnose chez les grenouilles, par Mlle Stefanowska : Appendices piriformes des cellules nerveuses cérébrales, par Mlle Stefanowska : Origine et nature de la narcose du nerf, par Wedensky ; Surexcitation du nerf, par Wedenski : Classification des phénomènes psychiques, par Toulouse, Vaschide et Piéron : Ferments organisés et non organisés dans la digestion, par Fletcher. — VARIA. — FORMULES. — NOUVELLES.

PHYSIOLOGIE

L'amiboïsme des neurones

Par le Dr **Charles BINET-SANGLÉ**

Dans un très intéressant article, que publia la *Presse médicale*, le 12 juin 1901, Jules Soury opposait à l'hypothèse de la motricité des éléments nerveux, qui paraît dater, non point de Rabl-Rückard, mais de René Descartes (1), les objections de Von Lenhossek, de Kölliker et de Ramon y Cajal. Je m'efforcerai de réfuter ces objections, telles qu'elles sont présentées par l'éminent auteur ; puis aux faits négatifs qu'elles comportent j'opposerai des faits positifs.

I. — OBJECTION DE VON LENHOSSEK (2). — Von Lenhossek fait valoir contre l'amiboïsme des neurones la lenteur du développement des dendrites de l'écorce du cerveau et du cervelet.

Réponse. — Je ne perçois pas de relation entre la vitesse du développement des dendrites et l'existence de leur motricité. Il se peut même que leur développement soit lent et leurs mouvements rapides ainsi que paraît l'indiquer la rapidité de la succession des images, des idées et des impulsions motrices, c'est-à-dire la rapidité des commutations nerveuses. Au reste je n'imagine pas que ces mouvements soient très étendus, et encore moins que ce soient des mouvements de circumduction ou de latéralité. Mais j'ai des raisons de penser, raisons exposées plus loin, que, sous certaines influences, le bioprotéon des prolongements nerveux se rétracte, et que cette rétraction a pour résultat des modifications locales dans leur densité, la formation de zones mauvaises conductrices, de *neuro-diélectriques*, (1) qui interceptent momentanément le courant nerveux.

II. — OBJECTIONS DE KÖLLIKER (2). — 1°. « Les cylindraxes ne sont pas contractiles, et ne sauraient, ni par des excitations électriques, ni par des excitations mécaniques, être mis en contraction ».

Réponse. — Encore que le neurone résulte de la différenciation d'une cellule neuro-musculaire, il est certain qu'on ne peut obtenir de la fibre neveuse une contraction qui approche de celle de la fibre musculaire. Mais Kölliker oserait-il affirmer qu'une contraction ou, si l'on veut, qu'une rétraction légère ne puisse se produire à l'extrémité des fibres ; et n'est-il pas imprudent, sinon antiscientifique, de nier un phénomène observé par d'autres, pour cette seule raison qu'on ne l'a pas personnellement observé.

2° « Dans les parties transparentes d'animaux observés vivants, on n'aperçoit aucun mouvement des extrémités nerveuses (larves de batraciens et de siredons, extrémités nerveuses de la tête de l'amphioxus.)

Réponse. — Il serait bon d'ajouter « avec nos moyens actuels d'investigation ». C'est que sans doute ces mouvements sont très peu étendus. Une rétraction légère des extrémités nerveuses peut parfaitement passer inaperçue des observateurs contemporains.

3° « Les cylindraxes ne sont pas formés de simple protoplasma de consistance molle, mais sont relativement solides et organisés. »

Réponse. — Soit. Mais ils ne sont pas formés non plus d'un protoplasma si dur qu'une légère rétraction soit impossible, alors que les métaux eux-mêmes se contractent sous l'influence du froid.

III. — OBJECTIONS DE RAMON Y CAJAL. — 1° « Les arborisations et expansions tant nerveuses que protoplasmiques du cervelet, du bulbe olfactif, des ganglions acoutisques centraux, du lobe optique, etc., présentent

(1) Il dit que chez l'homme qui dort « *les petits filets qui du cerveau se vont rendre dans les nerfs se relâchent*, si bien que les actions des objets extérieurs sont pour la plupart empechées de passer jusqu'au cerveau pour y etre senties, et les esprits qui sont dans le cerveau empêchés de passer jusqu'aux membres extérieurs pour les mouvoir, qui sont les deux principaux effets du sommeil. » (*L'homme.*)

(2) WON LENHOSSEK. *Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen.* 1895. 2e Aufl. page 51.

(1) CH. BINET-SANGLÉ. *Theorie des neuro-dielectriques.* (in Archives de neurologie. Sept. 1900).

(2) KOLLIKER. *Kritik der Hypothèsen von Rabl-Rückard and Duval uber amœboide Bewegungen der Neurodendren.* Sitzungs b. d. Wurtzb. Physik. Med. Gesellsch. 1895. VI Sitzung von 9 1895.

constamment la même extension, la même forme, le même degré de rapprochement entre les corps cellulaires, quel que soit le genre de mort de l'animal. »

Réponse. — C'est du moins à cette conclusion que nous conduisent les observations de Ramon y Cajal. Mais d'autres observations les contredisent.

D'ailleurs, alors même que l'aspect post-mortem des dendrites serait uniforme, il ne s'ensuivrait pas qu'ils ne puissent présenter des aspects divers à l'état de vie.

2° « Les arborisations nerveuses terminales de la rétine et du lobe optique chez les reptiles et les batraciens, offrent toujours le même aspect, que ces organes soient plongés dans l'état de repos au moment de la mort (animaux sacrifiés après *un long séjour* dans l'obscurité), ou qu'ils soient excités (animaux exposés *plusieurs heures* au soleil). »

Réponse. —Cette objection n'a aucune valeur, et voici pourquoi. Un long séjour dans l'obscurité et une exposition prolongée au soleil produisent vraisemblablement chez les neurones visuels des modifications identiques. Il existe en effet pour chaque cellule, par rapport aux divers modes du mouvement mécaniques, (physiques ou chimiques), un optimum d'extension en deçà et au delà duquel la rétraction commence, pour aboutir à la rétraction complète. Plongé dans les ténèbres ou ébloui, le neurone visuel est, dans les deux cas, également éloigné de son optimum de veille.

A ces objections Jules Soury croit devoir ajouter l'opinion de Micheline Stéfanowska, qui, par une contradiction singulière, après avoir observé, sous l'influence des chocs, de l'électrisaion et de l'éthérisation, la rétraction des appendices piriformes et l'aspect variqueux et moniliforme des cellules pyramidales, et avoir convenu que ces modifications n'entraînaient pas la mort des neurones, en arrive à nier leur amiboïsme. Mais je ferai remarquer que si Micheline Stéfanowska est libre de tirer les conclusions qui lui conviennent des faits, d'ailleurs parfaitement observés, qu'elle nous apporte, il en est de même de nous ; et si ses conclusion ne nous paraissent point concorder avec les faits, nous ne sommes nullement tenus de les accepter.

Quant à moi, j'admets que le bioprotéon des neurones subit, surtout à l'extrémité des prolongements, une rétraction légère sous l'influence des divers modes du mouvement. Cette rétraction n'entraînant d'ailleurs pas fatalement la séparation des prolongements contigus, mais ayant pour résultat la formation, dans ces conducteurs, de neuro-diélectriques qui interceptent momentanément le courant nerveux. Si c'est là « cette plasticité physiologique des neurones qui n'a rien à faire avec le prétendu amiboïsme du protoplasma cellulaire des neurones adultes », je suis d'accord avec Jules Soury et son école. Mais si, au contraire, on entend que le neurone est une masse inerte, et que, *seul de toutes les cellules vivantes*, il est dépourvu de cette rétractilité active, qui fut *l'irritabilité* de Glisson et de Brown et *l'excitabilité* de Tiedemann, je ne saurais accepter une manière de voir qui est en contradiction avec tout ce que nous savons de la cellule. Que l'auteur du *Système nerveux central* veuille bien se souvenir d'une page de Laplace sur l'analogie, qu'il cite tout au long dans son beau livre, et il conviendra avec moi qu'il n'est guère possible, lorsque nous voulons nous faire une idée de la physiologie du neurone, de ne pas tenir compte des faits suivants.

II. — 1° Etres monoplastidaires.

1°. Si l'on projette un rayon lumineux sur un point d'une plasmodie étalée d'*Æthalium septicum*, le bioprotéon se retire aussitôt du point éclairé et s'accumule dans la partie du réseau qui se trouve dans l'ombre (1). Cette rétraction se produit aussi sous l'influence des courants électriques.

2°. Si l'on refroidit, en une région déterminée, une plasmodie de Myxomycète étalée en réseau, le bioprotéon se retire de cette région et se porte dans les régions voisines (2).

3°. A 42° ou 43°, le bioprotéon de *Bacillus anthracis* subit une sorte de rétraction, et *revêt l'aspect d'un chapelet à petits grains*. A 47°, la rétraction augmente et les grains deviennent plus volumineux (3).

4°. On a observé, chez certaines spores soumises à une température suffisante, une sorte de coagulation, qui n'est sans doute qu'une rétraction du bioprotéon, et qui d'ailleurs disparaît quand la température baisse (4).

5°. Les Amibes rétractent leurs pseudopodes et se ramassent en boule sous l'influence d'une pression ou d'un ébranlement, (le fait par exemple de les transporter sur le porte-objet du microscope), d'un refroidissement ou d'un échauffement suffisant (35° chez *Amœba diffluens*), d'un choc électrique, de l'immersion dans une solution saline au 1/100 (5).

6°. *Pelomyxa palustris* exécute dans l'ombre des mouvements pseudopodiques énergiques. Or, si l'on projette sur ce protozoaire un rayon lumineux suffisamment intense, il rétracte ses pseudopodes et prend la forme sphérique (6).

II° Cellules végétales.

7° et 8°. Si l'on vient à ébranler, à comprimer ou à couper une cellule d'une plante appartenant au genre *Chara* ou *Nitella*, le bioprotéon subit une sorte de rétraction, et ses *filaments deviennent variqueux*. Le phénomène se produit plus aisément chez les plantes jeunes.

9°. Cette rétraction se produit aussi, sous l'influence des mêmes causes, chez les plantes appartenant au genre *Tradescantia*. Si l'on expose *Tradescantia virginica* (Ephémère de Virginie) à la température de 14° pendant plusieurs heures, le bioprotéon des cellules se rétracte de même. Il se sépare de la membrane cellulaire et son réseau se transforme en petites masses sphériques. Il en est de même après une exposition de dix minutes à la température de 8°. A 0°, le réseau se reforme en certains points. Il est alors constitué *par des filaments ténus présentant des renflements pareils à des gouttelettes*. Au bout de quelques minutes, le réseau revient à l'état normal (Kühne). Heidenhain a vu cette même rétraction se produire sur l'influence des courants constants. *Les brides bioprotéiques devenaient alors variqueuses*. Si le courant traversait le poil suivant son petit diamètre, une partie seulement du bioprotéon se rétractait. Brücke et Max Schultze, ont observé des faits analogues. Le même phénomène se produit sur l'influence des courants induits (7).

(1) Stahl. *Zur Biologie der Myxomyceten* (in Botan., Zeitung. 1884.)
(2) *Ibid.*
(3) Duclaux. *Traité de Microbiologie*, I. page 264.
(4) *Ibid.*
(5) Oscar Hertwig. *La Cellule.*
(6) *Ibid.*
(7) *Ibid.*

10°. Au témoignage de Charles Darwin, les cellules des pédicelles des tentacules de la feuille de *Drosera rotundifolia* (Rossolis) sont remplies d'un bioprotéon pourpre homogène. Or la pression d'une parcelle de matière quelconque sur les glandes situées à l'extrémité des tentacules, l'attouchement de ces glandes répété trois ou quatre fois, ainsi que la section des tentacules, détermine la rétraction du bioprotéon des pédicelles. Il se résout en granules qui apparaissent suspendus dans un liquide incolore ou presque incolore. Ces granules s'agrègent eux-mêmes en petites masses sphériques, ovalaires ou irrégulières, *parfois réunies par des filaments perlés.* Au bout d'un certain temps, elles disparaissent, et la cellule se montre de nouveau pleine d'un liquide pourpre homogène. Mais si le traumatisme est violent, si par exemple on vient à écraser la glande du sommet du tentacule, le bioprotéon est frappé d'une sorte de coma, et la rétraction n'a pas lieu. Cette même rétraction se produit aussi à certaines températures. Elle est à son maximum entre 45° et 51°. A 65°, elle ne se produit plus. Elle a été constatée aussi par le même auteur chez les cellules radiculaires de la même plante, sous l'influence de l'immersion prolongée dans l'eau distillée et sous l'action des corps suivants : chlorure de sodium, carbonate, acétate, oxalate, citrate, azotate et phosphate d'ammoniaque, acide iodique, sulfate de quinine, glycérine, camphre, sucre, cassonade, amidon et gomme en solution concentrée, nicotine, venin de cobra, viande en infusion.

11°. Chez *Dionæa muscipula* (Dionée attrape-mouche), les attouchements des filaments foliaires ou de la côte interlobaire déterminent la rétraction du bioprotéon des cellules des glandes de la feuille. Le bioprotéon des cellules radiculaires de la même plante se rétractent également sous l'influence des solutions faibles de carbonate d'ammoniaque (1).

12° et 13°. Si l'on expose pendant 25 minutes, dans l'air humide à 50° ou 51°, des poils de *Lycopersicum esculentum* (Tomate) ou des plantes du genre *Cucurbita*, le bioprotéon de leurs cellules se rétracte et se résout en petites masses sphériques.

14°. Pringsheim a montré qu'un certain éclairage déterminait dans les cellules végétales la formation de nodosités bioprotéiques dues assurément à la rétraction. C'est ainsi que si l'on fait agir pendant un certain temps une lumière intense sur les cellules cylindriques des plantes du genre *Mésocarpus*, le ruban chlorophyllien de ces cellules *se ramasse en un corps vermiforme d'un vert foncé* (2).

15°. Jürgensen a vu le bioprotéon des cellules de *Vallisneria spiralis* (Vallisnère) se rétracter sous l'influence des courants constants (3).

16°. Si l'on plonge des cellules de *Vallisneria* ou d'*Hydrocharis* dans une solution sucrée ou saline (azotate de potassium ou de calcium), dont on augmente progressivement la concentration, le bioprotéon se rétracte peu à peu dans les cellules de ces plantes, et se présente sous l'aspect de petites masses sphériques, où l'on constate encore des mouvements circulatoires.

17° et 18°. Les faibles solutions de carbonate d'ammoniaque déterminent la rétraction du bioprotéon des cellules radiculaires d'*Euphorbia peplus* et de *Lemna*.

19°. Le bioprotéon des cellules des glandes des processus quadrifides et des pointes foliaires d'*Aldovrandia vesiculosa* se rétracte en masses sphériques sous l'influence de l'urée ou d'une infusion de viande crue.

20° et 21°. L'urée a la même action sur les cellules des glandes et des processus bifides et quadrifides de la vessie d'*Utricularia neglecta* et d'*U. montana* (1).

22°. Le bioprotéon des cellules du parenchyme des feuilles persistantes se rétracte et se résout en sphérules sous l'influence des premiers froids.

III. Cellules animales.

23°. Si l'on vient à toucher avec la pointe d'une aiguille très affilée un pseudopode de *Rhizopode*, ce pseudopode se raccourcit et *devient variqueux.*

24°. Les leucocytes rétractent leurs pseudopodes sous l'influence d'un traumatisme quelconque (le fait par exemple de les déposer sur le porte-objet du microscope). Ils se ramassent en boule à 40°. Le même phénomène se produit sous l'influence des chocs d'induction.

25°. Les chromatophores étoilés de la peau de la grenouille rétractent leurs prolongements et prennent la forme sphérique, lorsqu'ils sont soumis à une température supérieure à 35°.

26°, 27°, 28° et 29°. Les chromatophores des Céphalopodes, des Poissons, des Amphibiens et des Reptiles se rétractent sous l'influence d'un certain éclairage (2).

30°. Il en est de même des cellules pigmentées de la rétine des Invertébrés et des Vertébrés (3).

31°. Les cils des cellules de la muqueuse œsophagienne de la grenouille se raccourcissent si l'on augmente leur hydratation.

32°. La fibre musculaire se rétracte sous l'influence des excitations mécaniques et électriques. Les disques épais prennent la forme sphérique et expriment le liquide qu'ils contiennent (Ranvier). La rétraction des disques, d'abord localisée au point excité, se propage ensuite au reste de la fibre.

33°. L'article interne des cônes de la rétine se raccourcit sous l'influence d'une certaine température. Engelmann et Genderestort l'ont vu se raccourcir de même sous l'influence d'un certain éclairage, le raccourcissement atteignant son maximum au bout de quelques minutes (4). Le même phénomène se produit par l'action des excitations électriques et de la strychnine.

La cellule nerveuse diffère-t-elle à ce point de vue des autres cellules ? Cela serait assez surprenant. Mais il n'en est rien, comme on va voir.

34°, 35° et 36°. J. Havet a observé la rétraction : 1° des prolongements neuroniens des Mollusques gastéropodes sous l'influence du chloroforme, de l'éther et de la morphine ; 2° de ceux des Annélides sous l'influence du chloroforme, de l'éther et du chloral ; 3° de ceux des ganglions cérébroïdes de certains Crustacés sous l'influence de l'éther (5).

(1) Charles Darwin. *Les plantes insectivores*, 1877.

(2) Stahl. *Loc. cit.*

(3) Jurgensen. *Studien der physiol.* (Instituts zu Breslau, 1861 Heft I, 98 et suiv.)

(1) Charles Darwin. *Loc. cit.*

(2) Oscar Hertwig. — *Loc. cit.*

(3) Rawitz. — *Zur Physiologie des Cephalopodenretina* (in Archiv. fur Anat. und. Physiol. 1891.)

(4) Engelmann. — *Flimmeruhr und Flimmermühle* (in Archiv. von Pflüger. t. XV) *Protoplasma und Flimmerbewegung* (in Handbuch der Physiologie, t. I., 1879)

(5) J. Havet. — *L'Etat moniliforme des neurones chez les invertébrés avec quelques remarques chez les vertébrés.* (La cellule, t. XXI, fasc. 7. 1879).

37° et 38°. Jean Demoor a observé la rétraction : 1° des prolongements des neurones olfactifs de la grenouille sous l'influence de cocaïne ; 2° de ceux des cellules pyramidales du chien sous l'influence des chocs électriques, du chloral et de la morphine (1).

39°. Micheline Stefanowska a vu les appendices piriformes des dendrites des cellules pyramidales de la souris se rétracter, et ces dendrites revêtir l'aspect perlé et moniliforme, sous l'influence des chocs, de l'électrisation du cerveau, et de l'éthérisation (2).

40° et *41°*. Querton a observé la rétraction des prolongements des cellules pyramidales de la souris blanche, du cobaye, de la marmotte et du loir, sous l'influence de basses températures (3). Manouélian a légalement observé cette rétraction chez les cellules mitrales du bulbe olfactif et chez les cellules pyramidales de la souris sous l'influence de la fatigue.

42° et *43°*. Robert Odier a vu les prolongements des cornes antérieures de la moelle du lapin et du cobaye se rétracter sous l'influence du chloroforme et de la fatigue. Il a observé le même phénomène chez l'homme, et dans les mêmes cellules, sous l'influence d'un choc électrique. (4)

En résumé, la rétraction du bioprotéon cellulaire sous l'influence des divers modes du mouvement, a été observée chez au moins 43 espèces différentes appartenant aux deux règnes, et dans des cellules appartenant à divers tissus. Je crois donc pouvoir poser en loi que :

Le bioprotéon de toute cellule vivante est susceptible de se rétracter sous l'influence des différents modes du mouvement.

Quelle que soit la compétence de von Lenhossek, de Kölliker et de Ramon y Cajal, et si haute que soit l'autorité de Jules Soury, leurs objections ne sauraient tenir devant ces 43 faits. Sans doute on n'a pas encore assisté aux alternatives de rétraction légère et de relâchement qu'exécutent, dans le système nerveux de l'homme, les prolongements des neurones, et qui, en provoquant la formation ou la disparition des neurodiélectriques, interceptent ou laissent passer les ondulations nerveuses, et sont ainsi la condition physiologique du rythme de sa pensée et de sa vie. Mais si Jules Soury exige que nous ayons vu ce phénomène de nos yeux avant d'en affirmer l'existence, il nous faut abandonner la méthode d'induction, désespérer de la psychologie, et renoncer à rien comprendre à nous-mêmes avant de mourir.

Charles BINET-SANGLÉ.

(1) JEAN DEMOOR. — *Le mécanisme et la signification de l'état moniliforme des neurones* (Travaux du laboratoire de l'Institut Solvay, t. II, fasc. I, 1898). *La plasticité morphologique des neurones cérébraux* (Archives de biologie de Bruxelles, t. XIV, 1896).

(2) MICHELINE STEFANOWSKA. — *Les appendices terminaux des dendrites cérébraux et leurs différents états physiologiques* (Travaux du labor. de l'Institut Solvay, fasc. 3. Bruxelles 1897). *Etude histologique du cerveau dans le sommeil provoqué par la fatigue* (Journal de neurologie. 20 mai 1900).

(3) QUERTON. — *Le sommeil hibernal et les modifications des neurones cérébraux* (Trav. du lab. de l'Institut Solvay, II, fasc. I. Bruxelles).

(4) ROBERT ODIER. — *Recherches expérimentales sur les mouvements de la cellule nerveuse de la moelle épinière* (Genève 1898).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La déclaration des maladies infectieuses dans les stations maritimes et d'eaux minérales

Nous avons l'habitude de signaler autant que possible les épidémies qui se produisent un peu partout. C'est ce que nous faisons actuellement pour la *peste*. Dans un télégramme de Rome, que nous avons reproduit (p. 224), il est dit que « le gouvernement est décidé à agir très sévèrement contre les médecins et les fonctionnaires de Naples qui ont trop tardé à dénoncer les cas suspects et que les plus coupables seront déférés à la justice. »

Quelle suite sera donnée à l'affaire, nous ne savons. En tout cas, la négligence des médecins, qui ne devraient jamais avoir d'autre souci que la vérité et l'intérêt de la santé publique, et la maladresse coupable des municipalités, qui, dans un intérêt local, dissimulent l'existence des maladies infectieuses et ne font pas connaître les décès qu'elles occasionnent, a trop souvent des conséquences déplorables.

Lorsqu'une municipalité a doté sa ville d'eau de source de bonne qualité ou de la meilleure eau qu'elle a pu se procurer, lorsqu'elle a construit un réseau d'égouts, qu'elle veille à sa propreté et à la propreté des rues (balayage, lavage, enlèvement des immondices), elle a accompli une bonne partie de ses devoirs. Toutefois, elle doit insister auprès des habitants pour qu'ils suppriment l'usage de leurs puits contaminés, quoiqu'ils en disent, et se pourvoient de l'eau potable que la ville met à leur disposition. C'est la crainte électorale qui arrête, parfois, les municipalités les mieux disposées, dans cette voie salutaire. Des conférences publiques répétées sur l'hygiène urbaine, sur les obligations envers les étrangers qui, confiants, viennent chercher le repos et la santé sur les plages ou dans les stations d'eaux minérales, feraient comprendre aux habitants qu'il est de leur intérêt personnel de réaliser les réformes assurant la salubrité des maisons ou des appartements qu'ils louent durant la saison balnéaire.

Les municipalités se trompent le plus souvent quand elles s'ingénient à dissimuler leur véritable état sanitaire, en particulier en ne signalant pas les épidémies, en remplaçant le nom des maladies infectieuses par le nom de maladies non réputées dangereuses. Si, en France, la majorité peut-être des baigneurs ou des buveurs d'eau se rendent à tel ou tel endroit sans se soucier de son état sanitaire, d'autres, et notamment les étrangers, se renseignent sérieusement auprès de leurs médecins.

Il y a quelques années, notre maître et ami, le professeur Proust, fit un rapport remarquable sur l'une des stations maritimes du littoral méditerranéen. Il en montrait les défectuosités nombreuses et indiquait la nécessité de les faire promptement disparaître. Nous en demandâmes l'insertion au *Journal officiel*. Le Comité la refusa, oubliant son rôle capital de défenseur de la santé publique, dans la crainte de causer un préjudice à cette station et d'en écarter les étrangers. Nous avons ré-

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT
LYSOL
ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris

pondu que cette crainte était illusoire en faisant connaître, ce qui causa un certain étonnement, que l'étranger était mieux renseigné sur l'état sanitaire de nos grandes stations que le Comité et l'Administration ; que *The Lancet*, *The British medical Journal*, que les principaux journaux de médecine de New-York, et aussi des journaux politiques, publiaient souvent sur elles des correspondances dans lesquelles la vérité était dite sans détours. Cette année même, il y a quelques mois, le *Daily Mail* a donné des détails sur une épidémie de fièvre typhoïde qui existait dans une des stations principales du midi ; et il ne ménage ni les médecins, qu'il taxe d'ignorance, ni la municipalité qu'il accuse de mauvaise foi. Dire la *vérité* est, selon nous, le meilleur moyen d'exciter les municipalités et les citoyens qui bénéficient de leur situation privilégiée à transformer leurs villes en *cités d'hygiène*.

Nous sommes revenu sur cette grave question en maintes circonstances, par exemple à propos de Trouville, de Royan, etc. Toujours — et nous continuerons — nous avons réclamé du ministère de l'intérieur qu'il intervienne avec énergie et sans cesse pour être renseigné avec une scrupuleuse exactitude sur toutes les épidémies qui surviennent en France : il pourra, alors, agir utilement et, partant, rendre au pays un service de premier ordre.

BOURNEVILLE.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements, destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 30 octobre,** *ce numéro devant paraître le 9 novembre.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Seance du 12 octobre 1901. — PRESIDENT : M. LE P[r] BOUCHARD.

Reflexes chez un hémiplégique.

M. FERRI a observé chez un hémiplégique des réflexes dans le bras paralysé à l'occasion d'actes tels que la miction, la défécation, le rire, l'éternuement. A la suite d'une grippe, des secousses épileptiformes survinrent à propos de ces actes.

Cryoscopie des urines chez les femmes enceintes.

MM. NOBÉCOURT et DELAMARE ont étudié d'après von Koranyi, la cryoscopie des urines, qui permet de déceler les modifications de circulation rénale. Chez les femmes enceintes non albuminuriques, le point de congélation (Δ), et les rapports $\frac{\Delta}{NaCl}$ et $\frac{\Delta}{d}$ restent normaux et ne traduisent l'existence d'aucun ralentissement de la circulation rénale. Le sphygmomanomètre montre que la circulation générale reste normale. Ce n'est donc pas en modifiant la circulation que la grossesse favorise l'albuminurie : du reste, chez certaines albuminuriques Δ et $\frac{\Delta}{NaCl}$ sont égaux.

M. MILIAN a retrouvé au cours des hématuries des polynucléaires et des mononucléaires dans le sang.

Détermination des doses mortelles d'émétine.

M. E. MAUREL a recherché la détermination des doses d'émétine minima mortelles pour certains vertébrés, sur le congre, la grenouille, le pigeon, le lapin ; il conclut : 1° la dose minima mortelle par le chlorhydrate d'émétine par voie hypodermique (solution 1 gr. pour 10 grammes d'eau) est de 0 gr. 15 par kilogramme pour le congre, le pigeon, le lapin ; de 0 gr. 25 pour la grenouille : 2° il faut, pour étudier les effets thérapeutiques, rester sensiblement au-dessous de ces doses : les dépasser pour les effets toxiques ; 3° la grenouille exige une dose sensiblement plus élevée que le congre, le pigeon, le lapin. Par voie gastrique, la dose est sensiblement la même pour le lapin.

M. SERGENT a constaté la présence des anophèles dans les eaux des mares des régions de la Sologne d'où a disparu la malaria.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 15 octobre.

Traitement du tétanos par la méthode de Bacelli.

M. A. JOSIAS a longuement expérimenté ce traitement, qui consiste en injections sous-cutanées ou intra-musculaires d'acide phénique. Il a fait, en particulier, au laboratoire du Prof. Nocard de nombreux essais sur la chèvre, animal relativement très résistant au tétanos.

Comme MM. Courmont et Doyon, il n'a eu que des résultats négatifs. Il aboutit donc à cette conclusion que le traitement de Baccelli ne semble pas pouvoir influencer favorablement l'évolution du tétanos déclaré, même quand ce traitement est institué hâtivement, dès l'apparition des premiers symptômes.

Sur la palatoplastie en deux temps.

M. EHRMANN (Mulhouse) a, depuis 1893, expérimenté cette méthode sur 41 sujets d'âges divers, les uns de moins de deux ans, les autres ayant dépassé trente ans. Il a obtenu 27 guérisons d'emblée, 13 insuccès partiels réparés par des opérations complémentaires, un insuccès complet.

Ces résultats sont, surtout pour les enfants, beaucoup plus favorables que ceux que l'on obtient par la palatoplastie en un temps. La méthode de Wolff diminue l'hémorragie, le shock et la douleur.

Fièvre bilieuse hémoglobinurique en Algérie.

M. VALLIN présente une observation de la part de M. BRAULT, professeur de pathologie exotique à l'école d'Alger. Le fait concerne un malade qui n'a jamais quitté l'Algérie. Les cas autochtones de cette affection sont rares dans notre colonie.

Le malade, dans les semaines précédant l'attaque, n'avait pris en tout qu'un gramme de quinine. Contrairement à la théorie de Koch l'emploi modéré de la quinine diminue plutôt l'hémoglobinurie.

Elections

Ont fait acte de candidature à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale MM. Paul Garnier, Netter, Josias et Thoinot.

A. F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Seance du 11 octobre 1901.

PRESIDENCE DE M. DU CASTEL.

Température cutanee des paralytiques généraux.

M. SOUQUES, au nom de MM. VASCHIDE et MONNIER, donne le résultat de la prise de la température sur divers points du corps de paralytiques généraux. Il y a une dysimétrie ther-

*

mique très nette. et de cette étude on peut conclure que les troubles vaso-moteurs ne sont pas passagers dans la paralysie générale mais ont une certaine constance.

Lymphocytose dans la méningite chronique alcoolique.

M. Dufour a observé une femme présentant de la méningite alcoolique chronique, qui mourut. et dont il fit l'autopsie. La ponction rachidienne a donné un liquide qui, centrifugé, a permis de constater de nombreux lymphocytes. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien n'est donc pas un signe spécial de paralysie générale.

M. Widal fait remarquer que la lymphocytose est simplement un signe d'irritation des méninges.

Cytologie du liquide d'une arthropathie tabétique.

M. Dufour a pratiqué la cytologie d'une arthropathie tabétique du genou. Bien que le liquide fût séreux, la centrifugation sépara de nombreux globules rouges et des lymphocytes. La production brusque de ces arthropathies jointe à la cytologie permet de croire que l'épanchement est dû à une irruption sanguine dans l'articulation.

Thoracentèse et pneumo-thorax partiel.

M. Variot et M. Roy ont soigné une enfant de 11 ans atteinte de pleurésie avec épanchement peu abondant remontant à un mois. Au bout de trois semaines, aucune modification : on pratique la thoracentèse. A la suite de cette thoracentèse où l'on retire 150 grammes de liquides séreux, lentement sans accident, il survient de la dyspnée, une vomique brusque, abondante, spumeuse et sanguinolente, de la cyanose ; à l'auscultation, on entend un souffle amphorique au siège de l'épanchement. Quelques jours après, la température donne lieu à de grandes oscillations. Au bout de quatre mois le bruit amphorique a disparu et les signes de pneumothorax partiel ont disparu. Ce pneumothorax paraît avoir été provoqué par l'inspiration, le poumon étant fixé par des brides fibreuses.

M. Galliard rapporte un certain nombre de cas analogues. Il fait remarquer la rareté des vomiques séreuses et demande si l'on n'a pas eu affaire à de l'expectoration albumineuse.

M. Variot, qui a été témoin de l'accident est absolument persuadé qu'il y a eu une vomique séreuse. Le liquide a été rejeté brusquement d'un seul jet.

Empyème guéri par une seule thoracentèse.

M. Galliard rapporte l'observation d'une malade guérie par une seule thoracenthèse d'une pleurésie purulente dont le pus contenait des streptocoques et des pneumocoques.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 octobre 1901. — Présidence de M. Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 30. Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce que M. Guiter (de Cannes), membre correspondant national, assiste à la séance. Il fait part du décès de M. Péry, bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Bordeaux, membre correspondant national, et de M. Moncorvo de Figuereido, de Rio-Janeiro, membre correspondant étranger. La Société adresse, à leurs familles respectives des sentiments de condoléance.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. Quatre brochures de M. Fabre, de Commentry, membre correspondant national : 1° *Du délire dans la gangrène sénile.* 2° *Recherches sur l'origine, les variations et les vicissitudes de l'emplâtre et du baume Opodeldoch.* 3° *Les oreillons.* 4° *Le rôle humanitaire de la femme.*

Cinq nouveaux mémoires sont parvenus au siège de la Société, devant concourir pour le Prix Duparcque : le registre d'inscription est clos désormais. Le mémoire inscrit sous le n° 2, porte pour épigraphe : « Quod vidi scripsi » et a pour titre : *De l'infection des voies génitales de la femme par les uréthrites chroniques non gonococciques de l'homme.* Le n° 3 a pour épigraphe : « Il est aussi ridicule d'assombrir le tableau de la situation de l'homme que de s'extasier devant la bienveillance de la nature. Littré » et pour titre : *Essai pratique sur quelques troubles nerveux d'origine génitale.* Le n° 4, ayant pour épigraphe : « La vérole est un fumier qui favorise l'éclosion de tous les germes diathésiques. Guéneau de Mussy », porte pour titre : *Rapports entre la syphilis et les dermatoses banales coexistantes.* Le n° 5, avec l'épigraphe : « Principiis obsta », est intitulé : *Des suites gynécologiques de l'avortement et de leur traitement chirurgical par les méthodes modernes.* Enfin le n° 6, ayant pour épigraphe : « Si le style, c'est l'homme, l'ovaire, c'est le genre humain », a pour titre : *Les opérations conservatrices modernes sur les ovaires,* ce qui porte à six le nombre total des mémoires parvenus au siège de la Société.

Lettres circulaires : 1° du Ministère de l'Instruction Publique demandant notre Bulletin annuel pour le Répertoire international de bibliographie scientifique de Londres ; 2° du Président du XIVe Congrès de Médecine, qui aura lieu à Madrid du 23 au 30 avril 1903, invitant la Société à y prendre part ; 3° du Dr Voronoff, secrétaire général du Premier Congrès Egyptien de Médecine qui se tiendra au Caire du 10 au 14 décembre 1902, invitant la Société à y envoyer une délégation. Il sera répondu à ces invitations.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Suarez de Mendoza s'excusant de n'avoir pu assister à la séance et faire sa communication, à cause d'une indisposition de sa fille.

M. le Secrétaire général signale à la Société le sans-gêne d'un médecin anglais établi à Nice, qui fait suivre son nom : « Linn (Thomas) » de la mention « Membre de la Société de Médecine de Paris » dans le Guide Rosenwald et cela depuis plusieurs années. Une lettre très courtoise adressée à Sir Thomas Linn étant restée sans réponse, le Secrétaire Général a sommé l'Administration du Guide Rosenwald de faire disparaître, dans l'exemplaire de 1902, la mention usurpée.

M. Millée est d'avis que la Société médicale de Nice soit informée de ces agissements. (Assentiment unanime.)

M. le Président, constatant avec plaisir que les concurrents ont répondu en nombre à notre appel pour le Prix Duparcque, propose, comme membres de la Commission chargée d'examiner les mémoires et de décerner le prix, MM. Picqué, Buret et Edmond Vidal. Ce choix est ratifié à l'unanimité. La Commission nommera elle-même son rapporteur ; le rapport devra être lu dans la séance du 14 décembre, pour qu'on puisse proclamer le ou les lauréats, et les inviter à assister à la séance du 28 pour y recevoir leur récompense.

M. Buret lit une communication intitulée : **Gingivite syphilitique simulant la stomatite mercurielle, guérison par le traitement hydrargyrique.** (*Ce travail sera très prochainement publié.*)

M. Edmond Vidal. — Je suis allé cet été à Aix-la-Chapelle, pour y étudier le traitement de la syphilis par la méthode mercurielle intensive, alliée au traitement sulfureux. J'ai pu suivre, parmi d'autres malades, quelques spécifiques atteints d'intenses stomatites qui, tous traités par le mercure à haute dose, tel que l'emploient nos confrères allemands qui ne craignent pas d'atteindre 16 et 18 grammes d'onguent mercuriel par jour, s'amélioraient très rapidement. Cette grande tolérance et cette prompte amé-

lioration sont dues non pas à l'emploi de la balnéation sulfureuse telle que nous la concevons en France, mais à l'emploi rationel du *bain de vapeur sulfureux* donné en caisse, faisant pénétrer par la peau une certaine quantité de gaz hydrogène sulfuré qui décompose les particules métalliques et facilite par cette action leur élimination. C'est là tout le secret du traitement d'Aix-la-Chapelle, qui vient à bout par la même méthode thérapeutique des lésions syphilitiques invétérées et de l'intoxication mercurielle, si fréquente chez les malades dont le traitement sulfureux ne vient pas favoriser l'absorption et l'élimination du mercure.

M. Buret a écouté avec plaisir les renseignements que M. Vidal vient de donner sur le traitement des syphilitiques à Aix-la-Chapelle. Il constate que nos confrères allemands — ce qu'il ignorait — ne craignent pas d'administrer l'hydrargyre à haute dose, même en présence d'une stomatite, quelle qu'en soit la cause étiologique. Ce fait vient corroborer ses observations personnelles et prouve qu'il n'est pas le seul à avoir osé administré le mercure dans des cas de stomatite ; les résultats justifient sa conduite.

Election de deux membres correspondants nationaux. — MM. Théodore Trousseau, médecin à Mexico, et Collin, médecin consultant à Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), ayant obtenu l'unanimité des suffrages, sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à 5 h. 30.

Le Secrétaire Général, F. Buret. — *L'un des secrétaires annuels,* Edmond Vidal.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

(Suite et fin).

Sections d'obstétrique et de gynécologie.

Traitement de l'inversion utérine.

M. Oui, rapporteur, examine tour à tour le traitement de l'inversion récente d'origine puerpérale, celui de l'inversion ancienne de même origine et celui de l'inversion polypeuse.

Dans l'inversion puerpérale récente, si l'intervention peut être prompte, il conseille le décollement du placenta avant toute tentative de réduction.

Dans les cas où l'intervention est immédiate ou très rapide, le taxis central est, à son avis, le procédé de choix. Selon les règles établies par M. Pinard, il faut décoller le placenta et désinfecter la muqueuse utérine ; réduire l'utérus dans le vagin ; retourner l'utérus de bas en haut en introduisant la main dans le vagin et en opérant des pressions à l'aide des doigts dans l'intervalle des contractions.

Pendant la période d'involution, l'anesthésie est indispensable, le taxis central n'est plus à conseiller, le taxis périphérique et mieux le taxis latéral doivent être pratiqués. Parfois il faudra avoir recours à la pression continue par le tamponnement à la gaze iodoformée ou application d'un pessaire élastique ou du ballon de Champetier de Ribes. Dans certains cas, on devra recourir à la laparotomie et même à l'hystérectomie.

Dans l'inversion ancienne d'origine puerpérale, on pourra tenter le taxis qui échoue souvent, avoir recours aux pessaires à tige qui exercent leur pression sur le fond de l'utérus ou aux pessaires à air ou à eau, plus employés et dont la pression est plus étendue. Le tamponnement vaginal a quelquefois donné de bons résultats : les opérations sanglantes conservatrices, telles que l'incision du col, débridement du corps utérin, et enfin l'hystérectomie peuvent être indiquées.

Dans l'inversion polypeuse, on doit d'abord enlever le polype, et si l'inversion ne peut être réduite, on devra pratiquer l'hystérectomie de préférence par la voie vaginale.

M. Varnier lit un rapport sur la *rupture utérine. Etiologie de la grossesse extra-utérine.*

M. Vignard, de Nantes, attribue la grossesse ectopique à une anomalie de la trompe causée surtout par l'infection puerpérale et assez rarement par l'infection blennorragique.

MM. Langer, de Maisons-Laffitte, et Delagénière, du Mans, considèrent la grossesse extra-utérine comme résultant d'une dégénérescence et la croient héréditaire.

M. Martin, de Rouen, établit un parallèle entre les phénomènes qui se produisent au cours de la *grossesse tubaire* et l'avortement normal.

M. Pinard s'élève contre cette comparaison.

M. Segond insiste sur l'impossibilité où l'on se trouve pour préciser la région où se développe l'embryon dans la grossesse extra-utérine.

Les vomissements incoercibles de la grossesse. Causes et traitement.

M. Hugé, rapporteur, conclut que les vomissements sont le plus souvent dus à une auto-intoxication ; cependant le système nerveux doit jouer un grand rôle dans ces vomissements. Le traitement doit avoir un double but : lutter contre l'intoxication tout en agissant sur le système nerveux, empêcher en même temps la dénutrition de la femme enceinte. On recherchera d'abord les antécédents nerveux et digestifs de la malade, on analysera les urines, on recherchera s'il n'y a pas quelque anomalie utérine. Chez les femmes nerveuses, conseiller l'hydrothérapie, l'électrisation, quelques sédatifs du système nerveux, la distraction, la suggestion, etc... On devra modifier le régime alimentaire, choisir les aliments les mieux tolérés ; prescrire au besoin le lait, le kéfir, le koumis, essayer le régime végétal, les boissons glacées alcooliques ou gazeuses, tenter les pulvérisations éthérées sur le rachis et l'épigastre. Comme médicaments, on a vanté l'eau chloroformée, les opiacés, la cocaïne, la pepsine, la noix vomique, les amers, le bicarbonate de soude à hautes doses, la potion de Rivière, les sels de cérium, l'orexine, etc... On a obtenu de bons résultats par le gavage après lavage de l'estomac, les inhalations d'oxygène. Contre l'intoxication, on fera de l'antisepsie intestinale (purgatifs) on donnera des bains, on fera des injections de sérum artificiel, on prescrira l'eau oxygénée. On donnera, si nécessité, des lavements alimentaires. S'il existe une anomalie du côté de l'utérus, on la traitera (ulcération du col, déviations, présentations vicieuses). L'usage d'une ceinture abdominale, un badigeonnage cocaïné sur le col, le massage abdominal, ont fait cesser des vomissements de la grossesse. En dernier ressort, on devra recourir à l'évacuation de l'utérus. L'époque de l'interruption de la grossesse doit varier selon les circonstances et est difficile à préciser en règle générale.

M. Guillemet, de Nantes, puis M. Pinard insistent sur l'origine toxhémique des vomissements, qui sont, comme l'éclampsie, une conséquence de la toxhémie de la grossesse.

Indications opératoires dans les cas de fibromes de l'utérus compliqués de grossesse.

M. H. Delagénière, du Mans. — Les fibromes de l'utérus, qui peuvent amener des complications dans l'accouchement, sont très variables au point de vue de leur nombre, de leur volume, de leur siège, et aussi au point de vue des modifications qu'une grossesse peut leur imprimer. On doit tenir compte en outre de la situation de l'œuf par rapport au fibrome, du siège d'implantation du placenta, de la présentation de l'enfant, et surtout de sa viabilité ou non viabilité. Puisque la grossesse, dans un utérus fibromateux, doit être considérée comme une complication, la première idée qui se présente est de pratiquer l'avortement ou de pratiquer l'accouchement. Or, les statistiques ont démontré que la

mortalité pour la mère et l'enfant était beaucoup plus élevée dans ce genre d'interventions que dans aucune opération abdominale pratiquée dans n'importe quel cas. Il faut donc renoncer absolument aussi bien à l'avortement provoqué qu'à l'accouchement provoqué.

Quand on est appelé auprès d'une malade atteinte de fibrome et devenue enceinte, la première question est d'établir si on doit laisser aller la grossesse jusqu'à terme. On sait, en effet, que l'accouchement peut se faire d'une façon normale dans certains cas ; il est donc logique d'attendre une complication servant d'indication opératoire. Parmi ces complications, on doit signaler les douleurs, l'incarcération de la matrice, exerçant une pression aiguë, la compression des uretères, du rectum, lorsque la tumeur est située dans le segment inférieur ; de même, les accidents qui peuvent arriver au fœtus et en amener la mort. Quand l'intervention est décidée, il faut alors s'occuper de savoir si l'enfant est viable ou non viable. S'il est viable, les opérations conservatrices doivent être préférées : l'énucléation vaginale pour les fibromes du col ; l'énucléation abdominale pour les fibromes pédiculés du fond ou des faces de l'utérus, et pour les fibromes des ligaments larges. Enfin, quand l'enfant est à terme, la section césarienne suivie de l'énucléation.

Lorsque l'enfant n'est pas viable, on doit recourir aux méthodes conservatrices sus-mentionnées, quand il n'y aura pas d'infection de l'utérus : si cette infection existe, l'hystérectomie totale ou sus-vaginale devient alors l'opération de choix, l'opération de Porro ne devant être considérée que comme une opération d'exception.

Ces conclusions sont tirées de sept observations personnelles.

Antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité et de son traitement.

M. Baudron, de Paris, rapporteur, n'examine que l'antéflexion congénitale qui, selon Schultze, serait une persistance de l'état puéril de l'utérus. L'antéflexion détermine un rétrécissement du canal utérin et très souvent il survient de la sténose de l'orifice externe du col. Rarement, l'antéflexion permet le fonctionnement normal de l'utérus : elle cause presque toujours la dysménorrhée et la stérilité. Quand la grossesse se produit, elle a une influence favorable sur cette déviation et rarement la grossesse s'accompagne alors de troubles sérieux. De nombreuses opérations ont été proposées pour supprimer la sténose (Simpson, Sims, Defontaine, Alexandrow) ; parmi les plus récentes, signalons l'évidement conoïde de la lèvre postérieure du col, de Küster, et l'évidement commissural du col, de Pozzi. Il y a encore la cunéihystérectomie abdominale de Thiriar, la cunéihystérectomie vaginale de Reeld, les opérations d'Abbot et de Dudley qui s'adressent à l'angle de flexion. La dilatation lente par des laminaires a donné de bons résultats. Les pessaires à tige intra-utérins peuvent être dangereux. Il est préférable d'avoir recours au cathétérisme dilatateur répété tel que le pratique Pinard, d'abord avec des laminaires, puis avec des bougies de Hégar. C'est le traitement le plus complet, le plus efficace et le moins inoffensif.

M. Pozzi défend l'opération appelée évidement commissural du col ou stomatoplastie qui, tout en agissant sur la coudure, fait un col large. Cette opération est efficace et rapide tandis que la dilatation dure des mois.

M. Pinard pense que tout d'abord on doit tenter la dilatation, l'opération de M. Pozzi ne pouvant être pratiquée par tout le monde.

M. Pothérat partage l'opinion de M. Pinard et fait suivre souvent la dilatation d'un curetage quand l'utérus est enflammé ce qui est la règle.

Sur la mensuration radiographique du bassin.

M. Morin, rapporteur, fait remarquer que deux méthodes principales de mensurations radiographiques sont en présence : l'une acceptant les déformations tout en connaissant leur valeur afin de pouvoir en tenir compte par la suite ; l'autre supprimant presque complètement ces déformations. Ces deux méthodes peuvent conduire à des résultats suffisamment exacts suivant le plus ou moins de soins ou de précision que l'on met à leur application. L'examen de ces deux méthodes prouvent que la mensuration radiographique du bassin est possible, qu'elle est utile, car les renseignements complets qu'elle fournit ne peuvent l'être, actuellement du moins, par aucun autre mode de diagnostic.

Séance générale.

La défense de l'Enfant.

MM. G. Olive et C. Schmitt, rapporteurs, rappellent que M. Pinard a, dans le précédent congrès, déterminé trois étapes dans la défense de l'enfant : 1° la défense de l'enfant avant la procréation, 2° la défense de l'enfant jusqu'à la naissance inclusivement, 3° la défense de l'enfant après la naissance.

Avant la procréation, on défendra l'enfant à venir en se défendant des maladies vénériennes par une réglementation plus sévère de la prostitution et la surveillance des affections syphilitiques durant le service militaire. En luttant contre l'alcoolisme, en enseignant la prophylaxie de la tuberculose, des intoxications professionnelles, des maladies infectieuses, en surveillant les ateliers, surtout ceux où l'on se sert de plomb, de mercure, de sulfure de carbone.

Pendant la grossesse, en obtenant la promulgation d'une loi imposant le repos à la femme enceinte six semaines avant et six semaines après son accouchement avec une indemnité égale au moins aux 2/3 de son salaire, qui sera continuée si la femme allaite son enfant : en fondant des asiles secrets, des maternités secrètes pour les filles enceintes dans chaque département, en multipliant les œuvres charitables pour les femmes en couches, en développant les soins médicaux donnés aux femmes enceintes : en perfectionnant l'instruction des sages-femmes et supprimant les sages-femmes de seconde classe.

Après la naissance, en développant la défense légale des enfants nouveau-nés en créant des consultations gratuites pour les nourrissons, en développant les crèches dirigées par un médecin, et y favorisant l'allaitement de l'enfant par la mère, en perfectionnant et créant des asiles d'enfants assistés ; en distribuant du lait stérilisé, en exigeant pour la nourrice mercenaire qu'elle emmène avec elle son enfant et continue de le nourrir, en multipliant les œuvres philanthropiques du genre de la « Goutte de Lait » tout en évitant l'abus de trop grandes distributions de lait stérilisé, en engageant les médecins qui surveillent les nourrissons à favoriser l'allaitement maternel et à détruire les nombreux préjugés des mères.

Rôle du médecin dans l'Education.

M. Le Gendre insiste alors sur le rôle que le médecin devrait avoir dans l'éducation des enfants. Il montre le rôle qu'il pourrait jouer à l'école au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie. Combien l'avis du médecin est utile quand on se trouve en présence d'enfants qui paraissent paresseux et malintentionnés et qui sont malades, ou faibles d'esprit. L'intérêt qu'un examen médical présenterait dans la prophylaxie de l'onanisme. Les conseils qu'il pourrait donner plus tard pour la préservation des maladies vénériennes et l'influence utile qu'il exercerait avec les maîtres sur les jeunes gens lors du choix d'une profession.

M. Gastou insiste sur les stigmates héréditaires et la prophylaxie sociale.

MM. Rappin et Bertin donnent le résultat de recherches bactériologiques sur le lait consommé à Nantes.

M. Terrien développe le rôle du médecin dans l'éducation des enfants anormaux.

M. Queirel, se basant sur ce qu'il a observé à Marseille, démontre que les nouveau-nés dont les mères ont pu se reposer avant leurs couches, pèsent bien plus que ceux dont les mères ont dû travailler jusqu'au bout.

M. Pinard développe le sujet du rapport sur la défense de l'enfant qui, selon lui, ne doit pas être séparé de la mère. Il propose l'adoption d'un vœu que toute femme enceinte de six mois soit mise au repos obligatoire durant les trois derniers mois de la grossesse.

M. Ollivier trouve le vœu de M. Pinard insuffisant, car il est nécessaire que la femme se repose après ses couches.

M. Pozzi trouve tout cela théoriquement parfait, en pratique, il en va tout autrement. Il faut songer au respect de la liberté individuelle, qui a de nombreux défenseurs au Parlement. Il faut songer aux conséquences budgétaires de pareilles réformes.

M. Treille expose les mêmes objections que M. Pozzi, il pense qu'il serait bon de se borner à émettre un vœu recommandant au gouvernement, au législateur, aux départements et aux communes de faciliter la tâche des œuvres qui se créeraient pour permettre le repos, les derniers temps de leur grossesse et le mois qui suit leur accouchement aux femmes employées dans l'industrie.

Sur la proposition de M. Pinard, un nouveau texte est élaboré et le Congrès adopte le suivant : « Toute femme enceinte a droit à l'assistance nécessaire pour se trouver dans les conditions hygiéniques indispensables pour elle et son enfant dans les trois derniers mois de sa grossesse et le premier mois qui suivra son accouchement. Le Congrès invite les pouvoirs publics à prendre les dispositions nécessaires pour assurer l'exécution de cette mesure.

CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL
DE PHYSIOLOGIE.

(Turin 17-21 septembre 1901)

(Suite et fin).

De la graduation des effets de la fatigue.

Mlle J. Joteyko (Bruxelles). — L'envahissement, par la fatigue, de divers organes nerveux est successif et présente plusieurs phases. Voici la liste des appareils nerveux par ordre de susceptibilité : 1° *terminaisons nerveuses intra-musculaires* ; 2° *centres psycho-moteurs* ; 3° *moelle* ; 4° *tronc nerveux*. — La fibre musculaire est plus réfractaire que les terminaisons motrices, mais il est difficile de lui assigner sa vraie place. — Il est intéressant de remarquer que la graduation des effets de la fatigue est toute différente de la graduation des effets des anesthésiques. Pour les anesthésiques, les centres nerveux ouvrent la liste ; pour la fatigue, ils la ferment. L'action de la fatigue peut être comparée à celle de l'épuisement par le jeûne.

De la graduation des effets des anesthésiques.

Mlles J. Joteyko et M. Stefanowska (Bruxelles). — Grâce à nos recherches, il nous est permis d'élargir le cadre généralement admis pour ce qui concerne la graduation des effets des anesthésiques, et de poursuivre l'action de ces substances même sur les parties périphériques des neurones. Elles ont des propriétés totalement différentes des parties centrales et sont douées d'une très grande résistance à l'égard des intoxications. Nous nous sommes adressées à la méthode graphique pour révéler l'influence qu'exercent les anesthésiques sur l'excitabilité des muscles et des nerfs (patte galvanoscopique ou grenouille entière). D'autre part, il ressort de nos expériences que la suspension des fonctions du cerveau, sous l'influence des anesthésiques, est successive et présente deux périodes (abstraction faite de la perte des facultés psychiques supérieures) : *perte de la sensibilité* et *perte de la mobilité*.

Voici la liste des appareils nerveux par ordre de susceptibilité : 1° *centres sensitifs de l'écorce* ; 2° *centres moteurs de l'écorce* ; 3° *moelle* ; 4° *bulbe* ; 5° *fibres nerveuses sensitives* ; 6° *fibres nerveuses motrices* ; 7° *Muscle*.

De la réaction motrice différentielle du muscle et du nerf.

Mlle J. Joteyko (Bruxelles). — Voici les principaux faits que j'ai mis en lumière et qui peuvent être invoqués à l'appui de la théorie de Schiff :

1° *Les effets de la fatigue.* Fatiguons une patte de grenouille par le courant faradique jusqu'à extinction complète de l'excitabilité. Si, alors, on remplace le courant faradique par le courant galvanique, on verra apparaître toute une série de contractions idio-musculaires. Elles sont mises en évidence au moment où les terminaisons nerveuses sont devenues inexcitables. On peut aussi recourir d'emblée au courant galvanique, qui est un excitant aussi bien pour les nerfs que pour les muscles. On verra alors une série de contractions névro-musculaires, dues à l'excitation de l'élément nerveux, et un raccourcissement permanent, qui est la contraction idio-musculaire. Quand, par effet de la fatigue, la contraction névro-musculaire aura disparu, il ne restera plus que la contraction idio-musculaire, qui est plus résistante.

2° *La réaction de dégénérescence des muscles et des nerfs d'Erb* devient facilement explicable, si l'on admet l'inexcitabilité faradique de la substance musculaire. L'abolition de l'excitabilité faradique des muscles (en tant qu'organes) est expliquée par la dégénérescence de l'élément nerveux contenu normalement dans le muscle. L'excitabilité voltaïque des muscles est conservée, car elle est inhérente à la substance musculaire. Enfin, la secousse musculaire obtenue dans ces conditions a perdu ses caractères anciens, elle possède tous les caractères de la contraction idio-musculaire pure.

3° *Les effets des substances chimiques : chloroforme, ammoniaque, sels.* Ces substances portées sur le muscle peuvent provoquer la contraction idio-musculaire du gastrocnémien frais. Cette action est encore plus nette quand le gastrocnémien a été fatigué au préalable (énervation par fatigue), ou bien quand il s'agit du muscle couturier, qui est dépourvu de nerfs sur une certaine étendue.

4° *Vératrine.* Les effets de la vératrine doivent être étudiés séparément. La vératrine ne produit pas de contraction quand elle est portée sur le muscle, mais elle augmente l'excitabilité musculaire, au point que la fibre musculaire se trouve « en imminence de contraction ». Une influence légère suffit alors pour faire déclarer la réaction motrice, et, selon toute probabilité, c'est l'action chimique du courant induit, trop faible pour exciter la fibre musculaire en temps ordinaire, qui devient suffisante dans ces conditions anormales. La secousse initiale du muscle vératrinisé est la contraction névro-musculaire ; la contraction tonique (contracture, élévation secondaire, dédoublement) qui lui succède est la contraction idio-musculaire. Ce que le courant galvanique produit à lui seul, le courant faradique le produira, quand, à son action, viendra se joindre l'influence d'une substance qui exalte l'excitabilité de la substance musculaire. La contracture vératrinique est l'équivalent du raccourcissement galvanotonique.

5° Ces faits (ainsi que beaucoup d'autres que je passe sous silence) nous permettent de tirer quelques conclusions relativement à la physiologie propre de la fibre musculaire : *a*) elle est bien plus résistante que les terminaisons nerveuses à toutes les causes d'altération (poisons, anémie, mort, fatigue) ; *b*) étant plus résistante, elle est moins sensible à ces mêmes causes ; ainsi, par exemple, le premier effet de la vératrine est d'augmenter l'excitabilité névro-musculaire, et ce n'est que consécutivement qu'on observe le dédoublement de la secousse ; *c*) la contraction idio-musculaire demande, pour se produire, une force d'excitant supérieure à celle qu'il faut employer pour faire apparaître la contraction névro-musculaire (preuves ; pour obtenir le tracé caractéristique de la vératrine, il faut user d'excitants forts ; les effets de la vératrine disparaissent sous l'influence de la fatigue, etc.).

M. G. T. Kemp et Mlle Henriette Calhoun (Urbana, Illinois U. S. A.) lisent un travail *sur la numération des plaques du sang et la relation des plaques et des leucocytes à la coagulation.*

Recherches sur l'origine de la lymphe de la circulation lymphatique périphérique.

M. G. Moussu (Alfort). — De mes recherches il résulte, à mon avis : 1° que la lymphe n'est pas un simple produit de transsudation du plasma sanguin à travers les capillaires sous l'influence de la pression du sang ; 2° que la filtration du plasma sanguin, sous l'influence des variations de pression vasculaire, est toujours faible ; 3° que la lymphe est surtout un produit d'élaboration des tissus comparable à du plasma sanguin dépouillé de ses principes nutritifs ; 4° que sa formation est en rapport direct avec l'activité vitale de ces tissus ; 5° que l'appareil lymphatique périphérique représente à un certain point de vue un appareil d'excrétion.

Influence de l'alimentation sur le rétablissement des fonctions du cœur.

MM. Prévost et Batelli (Genève). — Récemment, Ch. Prus a publié un mémoire dans lequel il a observé que, chez les chiens asphyxiés, le simple massage du cœur, accompagné de la respiration artificielle, réussit la plupart du temps à rétablir ses contractions rythmiques ; le cœur ne se met pas, sauf dans des cas exceptionnels en trémulations fibrillaires sous cette influence. Dans de précédentes expériences, M. Batelli avait, au contraire, observé que, chez les chiens asphyxiés par ligature de la trachée, le cœur offrait, au moment du massage restaurateur, des trémulations fibrillaires persistantes, à moins qu'on n'appliquât directement sur le cœur trémulant une décharge électrique appropriée ou un courant alternatif de 240 volts, qui peuvent faire battre de nouveau le cœur du chien mis en trémulations fibrillaires. Il résulte d'une nouvelle série d'expériences, qui font le sujet de cette communication, que, chez les chiens qui étaient en digestion, le cœur se remit souvent par le simple massage, ce qui n'était jamais arrivé chez les chiens que M. Batelli opérait à jeun. Il est possible que les expériences de M. Prus aient été faites, contrairement à celles de M. Batelli, sur des chiens en digestion et que cette circonstance soit la cause de la différence des résultats. C'est le repas mixte qui a une influence la plus constamment favorable sur la restauration cardiaque à la suite de l'asphyxie. Les hydrates de carbone paraissent être, parmi les divers groupes de substances nutritives, les plus actifs à cet égard. Viennent ensuite les substances albuminoïdes. Les moins actives seraient les graisses. Ces expériences nous ont permis aussi de constater des faits favorables à la théorie de l'automatisme des centres respiratoires. Quand, à la suite du massage du cœur associé à la respiration artificielle, on voit réapparaître progressivement les fonctions cérébro-spinales, ce sont toujours les mouvements respiratoires qui réapparaissent les premiers, d'abord faibles, puis de plus en plus accentués, à un moment où il n'existe aucun mouvement réflexe. Plus tard, la pupille, qui s'était dilatée, se contracte et l'on voit réapparaître progressivement les réflexes rotuliens, le réflexe cornéen, puis le réflexe nasal, enfin, en dernier lieu, le réflexe inhibiteur du laryngé supérieur. Signalons aussi une contraction spasmodique unilatérale de l'orbiculaire des paupières, provoquée par l'excitation des fosses nasales du même côté, au moyen d'une sonde introduite dans le nez.

Sur les conditions qui déterminent le rythme spontané dans le travail ergographique volontaire (Expériences exécutées avec l'ergographe modifié).

M. Z. Treves (Turin). — 1° Dans le travail ergographique volontaire, il s'établit spontanément un rythme. 2° La fréquence de ce rythme dépend du poids : mais, à parité de poids, il est sensiblement constant. 3° Le rythme spontané est plus lent que le rythme commandé, à peine suffisant pour permettre une production constante de travail. Il permet une production constante de travail même avec des poids très lourds. 4° Si l'on ordonne au sujet de travailler avec le rythme le plus rapide compatible avec l'ampleur complète du mouvement et de faire tous ses efforts pour conserver ce rythme, celui-ci se ralentit dans une certaine mesure. Sur notre invitation, cependant, le sujet constate avec surprise que, s'il le veut, il peut reporter le rythme à une fréquence notablement plus grande. Ces reprises peuvent être renouvelées un nombre limité de fois. Finalement, le sujet prend un rythme intermédiaire qui représente *la fréquence* maximum *compatible avec une production de travail constant*. 5. Si, au commencement de l'expérience, on invite le sujet à suivre un rythme donné et qu'on cesse ensuite d'indiquer ce rythme, le sujet ne le maintient pas, mais il tend à prendre son rythme spontané habituel, alors même que celui-ci est plus fréquent que le rythme initial. 6° L'entraînement n'exerce pas une influence sensible sur le rythme spontané. 7° Si les muscles sont légèrement fatigués par un travail précédent, le rythme spontané prend une fréquence anormale ; il est plus fréquent, mais il ne permet pas une production de travail constant ; il se ralentit peu à peu jusqu'à devenir parfois plus lent que le rythme normal, parfois cependant se conservant plus rapide. Cela se produit surtout si le poids, durant l'expérience, est moindre que le poids employé dans le travail préliminaire. Dans le cas contraire, le rythme peut être beaucoup plus lent que le normal et, de plus, incompatible avec une production constante de travail. 8°. La fatigue psychique n'exerce pas une influence appréciable sur le rythme spontané. 9. La fatigue générale de l'organisme (longues marches hivernales, en montagne, dans de mauvaises conditions de temps, etc.) provoque une notable augmentation persistante de la fréquence du rythme, et elle a pour conséquence une production rythmique de travail beaucoup plus considérable que la production normale. 10. L'alcool, aux doses de gr. 50-75, dilué à 50 %, chez des individus abstèmes, n'exerce aucun effet sensible sur le rythme spontané. 11°. Le café (infusion de 50-100 gr. dans 100 gr. d'eau) eut un effet inconstant. Quelques sujets ne montraient pas de variations dans le rythme spontané, tout en présentant des symptômes généraux bien marqués et persistants. D'autres, chez lesquels l'effet général se borna à une accélération cardiaque transitoire, réagirent d'une manière caractéristique : le rythme spontané devint beaucoup plus fréquent que le normal, mais incompatible avec une production constante de travail ; au bout de quelques minutes, le sujet devait s'arrêter (s'il s'agissait de poids moyens, 4-5 kg.) et il était incapable d'adopter un rythme plus lent.

De tous ces faits, il résulte que le rythme spontané, dans le travail ergographique volontaire est déterminé presque exclusivement par la perception de la résistance, et qu'il ne dépend pas de la quantité de travail que le sujet accomplit, ni de l'état de fatigue dans lequel il se trouve.

M. Z. Treves (Turin), signale de notables modifications qu'il a fait subir à l'ergographe.

Rôle de la quantité d'électricité dans l'excitation électrique des nerfs et des muscles.

M. Georges Weiss (Paris). — Quand on excite électriquement un nerf ou un muscle, l'onde électrique traversant les tissus met en jeu une certaine quantité d'électricité et dure un certain temps. Si en employant diverses ondes, on recherche toujours le seuil de l'excitation, on constate que l'on s'y trouve quand la quantité d'électricité Q est reliée à la durée de passage de l'onde t, par la formule $Q = a + bt$, où a et b sont des coefficients dépendant des conditions de l'expérience. La vérification de cette formule a été faite de deux façons : 1° directement par l'emploi d'un interrupteur balistique rapide, permettant, dans chaque expérience, de déterminer avec une grande précision Q et t : ces expériences ont porté sur la grenouille, la tortue, le crapaud ; 2° en employant les observations d'autres auteurs, Dubois, de Berne, et Hoorweg, et en comparant les résultats obtenus expérimentalement par eux avec les résultats calculés à l'aide de la formule $Q = a + bt$, deux expériences ayant servi à déter-

miner les coefficients a et b. La formule $Q = a + bt$ ne s'applique que pour des valeurs très petites de t. La limite supérieure de ces valeurs semble être la durée de la période latente, car sur la grenouille elle est au voisinage de 0",003 environ. Il résulte de cela que, dans l'excitation électrique des nerfs et des muscles, tout se passe, comme s'il fallait, pour produire l'excitation, une quantité d'électricité constante a, et qu'une autre quantité soit dépensée pour compenser à chaque instant, pendant toute la durée de la décharge, un phénomène de retour à l'état inactif.

Résumé des preuves des relations qui existent entre la glande thyroïde et les glandules parathyroïdes.

M. E. Gley (Paris). — Il n'y a pas, entre les deux parties de l'appareil thyroïdien, l'indépendance absolue qui a été admise par plusieurs expérimentateurs. La théorie que j'ai toujours soutenue, de l'association fonctionnelle entre la glande et les glandules, me paraît établie aujourd'hui sur trois ordres de preuves. 1° *Preuves physiologiques.* On voit des chiens qui survivent à l'extirpation de toutes les glandules (Gley, Walter Edmunds). On en voit d'autres qui, après cette opération, ne présentent que des troubles nutritifs dont l'évolution est lente, comme il arrive aussi à la suite de la thyroïdectomie complète. J'ai observé ce fait, non seulement sur le chien, mais encore sur le chat et sur le lapin.

2° *Preuves chimiques.* Les glandules contiennent de l'iode, tout comme la glande thyroïde (Gley, 1897 ; Lafayette Mendel, 1900). Or, l'importance physiologique de la sécrétion iodée thyroïdienne est bien établie aujourd'hui. — D'autre part, Ver Eecke (1898) a démontré que les échanges nutritifs subissent des modifications de même sens après la thyroïdectomie totale ou partielle, c'est-à-dire réduite à l'ablation de la thyroïde proprement dite.

3° *Preuves histo-physiologiques.* Walter Edmunds (1896) a démontré que la suppression des parathyroïdes modifie la structure de la glande thyroïde : hypertrophie, développement de vaisseaux, développement de tissu embryonnaire, disparition de la substance colloïde. *Vice versa,* l'extirpation de la thyroïde modifie la structure des para-thyroïdes. Lusena (1899) a constaté aussi que la substance colloïde disparaît des cellules thyroïdiennes des chiens en tétanie. Vassale et Generali avaient déjà vu antérieurement que, chez les chiens qui succombent à la parathyroïdectomie, les lymphatiques de la thyroïde ne contiennent plus de substance colloïde.

Superposition de deux excitations électriques successives en un même point d'un nerf.

M. Georges Weiss (Paris). — Quand, en un même point d'un nerf, on fait agir successivement deux excitations électriques, il y a lieu de distinguer deux cas, celui où les deux excitations sont de même sens, et celui où les deux excitations sont de sens contraire. Lorsque les deux excitations sont de même sens, et que l'ensemble tombe dans les limites de temps indiquées dans la note précédente, c'est-à-dire à une durée moindre que la période latente, les deux excitations ajoutent leurs effets. La formule $Q = a + bt$ peut s'appliquer à l'ensemble des deux ondes. Q étant la quantité totale d'électricité qu'elles mettent en jeu, t le temps qui s'écoule depuis le commencement de la première onde jusqu'à la fin de la deuxième onde. Lorsque les deux excitations sont de sens contraire, la plus forte des deux est seule efficace. C'est-à-dire que si la plus forte des deux ondes correspond au seuil de l'excitation en agissant seule, on est encore au seuil de l'excitation en faisant agir les deux ondes. On peut ajouter l'onde la plus faible ou la supprimer sans rien changer à l'effet produit. L'onde la plus faible peut d'ailleurs précéder ou suivre l'onde active.

Sur les conditions favorables et défavorables à l'hypnose chez les grenouilles.

Mlle M. Stefanowska (Bruxelles). — Les grenouilles qui ont séjourné l'hiver dans l'aquarium, présentent un matériel remarquable pour l'étude de l'hypnose, au moment où elles sont très épuisées par un jeûne prolongé, c'est-à-dire au printemps et en été. Dès qu'on les renverse sur le dos, elles tombent dans l'état hypnotique, poussé souvent jusqu'à la catalepsie. Dans l'état d'hypnose profonde, les organes des sens suspendent leur action, le sens kinesthésique est très émoussé, ainsi que la sensibilité à la douleur. Les pupilles sont toujours rétrécies : elles s'élargissent aussitôt que l'animal se réveille. Les mouvements cardiaques sont ralentis, les mouvements respiratoires souvent à peine perceptibles. Cet état peut persister pendant une demi-heure et même davantage. L'état d'hypnose profonde est encore plus accentué chez les grenouilles d'hiver dont le corps a perdu beaucoup d'eau par suite d'un séjour dans un endroit sec. On ne parvient pas toujours à réveiller ces grenouilles au moment voulu. Les grenouilles fraîchement recueillies au printemps résistent dans les mêmes conditions à l'hypnose. Elles deviennent de plus en plus hypnotisables à mesure que leur jeûne dure plus longtemps. Ce fait concorde avec l'observation de Gley, que l'hypnose est aisément produite chez les grenouilles amaigries. On voit donc que l'épuisement, le jeûne prolongé et la soustraction d'eau, sont les conditions les plus favorables à la production de l'hypnose et de la catalepsie chez les grenouilles adultes. Les grenouilles à l'état d'hypnose profonde et prolongée se réveillent immédiatement dès qu'on les entoure de vapeurs d'éther, de chloroforme ou d'alcool (qui excitent tout d'abord). De la même façon agissent les vapeurs d'ammoniaque. L'élévation brusque ou progressive de température interrompt toujours l'état d'hypnose. Par contre, l'abaissement de température ne réveille pas les grenouilles et paraît même être favorable à l'hypnose.

Sur les appendices piriformes des cellules nerveuses cérébrales.

Mlle M. Stefanowska (Bruxelles). — Mes nouvelles recherches viennent confirmer en tous points les résultats acquis précédemment et que j'ai déjà fait connaître à partir de 1897. On voit sur les préparations microscopiques que j'ai l'honneur de présenter, que les dendrites des cellules cérébrales sont hérissés de nombreuses aspérités que j'ai proposé d'appeler *appendices piriformes*. Ces organismes ne manquent jamais dans un cerveau normal entièrement développé. Par de nombreux faits morphologiques et physiologiques j'ai établi la réalité objective de ces appareils terminaux des cellules nerveuses cérébrales. Je suis parvenue à colorer les appendices piriformes, non seulement par les différents sels métalliques, mais aussi par le bleu de méthylène (en tout par cinq méthodes). Quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur le mécanisme du fonctionnement des cellules nerveuses, il est incontestable que les appendices piriformes, par leur présence, *agrandissent considérablement la surface des cellules nerveuses*, et, par ce fait, jouent un rôle important dans le contact entre les neurones. D'autre part, par mes recherches sur l'écorce cérébrale chez les animaux nouveau-nés, j'ai démontré que les appendices piriformes sont *le dernier élément qui apparaît dans l'évolution des cellules nerveuses.* Ce fait semble prouver qu'un rôle important leur est dévolu dans les actes psychiques. Enfin, j'ai été la première à démontrer que les appendices piriformes disparaissent par places dans le cerveau, à la suite d'excitations violentes (électricité) ou dans l'anesthésie prolongée, et qu'ils réapparaissent ensuite quand l'état général du cerveau s'est amélioré. Mais cette disparition régionale des appendices piriformes ne peut être invoquée à l'appui de la théorie de l'amiboïsme nerveux, car cette disparition ne s'observe que pendant les troubles graves.

De l'origine et de la nature de la narcose du nerf.

M. N. E. Wedensky (Saint-Pétersbourg). — Dans mes recherches antérieures sur la narcose du nerf, j'ai trouvé que, avant de produire l'état correspondant dans le nerf, chaque agent narcotique le fait passer par trois stades successifs : *a*) le stade des transformations du rythme des excitations

appliquées au nerf ; b) le stade paradoxal, où la conductibilité des excitations fortes est déjà suspendue, celle des excitations faibles étant encore possible : et c) le stade inhibitoire, qui s'exprime par une action déprimante des ondes d'excitation nées dans des parties normales du nerf sur la partie narcotisée. Pendant la restitution du nerf, on voit ces stades se suivre dans l'ordre inverse. Dans mes recherches nouvelles, j'ai constaté que tous les excitants communs appliqués avec une certaine intensité et d'une certaine durée, produisent eux aussi, dans le nerf, les mêmes modifications fonctionnelles. Or, ce fait se retrouve avec l'irritation chimique usuelle, avec les températures plus élevées, avec l'action du courant constant et avec la faradisation forte. Les expériences citées, aussi bien qu'une analyse plus détaillée de l'état fonctionnel du nerf altéré et de ses phénomènes électriques me font considérer la narcose comme un état actif *sui generis*, et l'inhibition comme une narcose passagère produite par un moment purement physiologique — les ondes d'excitation. Or, l'excitation, l'inhibition et la narcose pourraient être regardées comme des altérations bien parentes et se transformant l'une en l'autre. Ces faits et mes raisonnements théoriques sont exposés dans ma publication russe : « *L'activité fonctionnelle, l'inhibition et la narcose* », qui vient de paraître.

Une analyse nouvelle d'un vieux fait (surexcitation du nerf).

M. N. E. Wedenski (Saint-Pétersbourg). — Mes recherches se rattachent immédiatement à celles dont il était question dans ma communication précédente. J'ai soumis le fait bien connu — surexcitation du nerf — à une analyse détaillée et j'ai trouvé que, durant la tétanisation forte, le muscle, contrairement à l'opinion générale, n'est pas épuisé, que c'est plutôt que la plaque terminale passe dans un état d'inhibition ; plus tard, la partie soumise à la faradisation tombe dans un état tout à fait analogue à celui de la narcose du nerf. Lorsque cette partie paraît perdre toute son excitabilité et sa conductibilité, les parties voisines du nerf accusent une excitabilité supérieure à celle-ci qui caractérise l'état normal.

Classification des phénomènes psychiques

MM. Toulouse, Vaschide et Piéron (Paris) présentent un tableau permettant la classification rapide des phénomènes psychiques.

Etat actuel des connaissances, quant au processus des ferments organisés et inorganisés dans la digestion.

M. H. Fletcher. — Mise en doute de l'efficacité absolue de l'action de la salive : (avec le mode de mastication hâtive, généralement usité, la salive est sécrétée en quantité insuffisante pour produire, dans le mélange avec les aliments, le médium neutre, ou légèrement acide, dans lequel la ptyaline agit le mieux). La digestion bacillaire, rendue inévitable par la mastication insuffisante, disparaît avec la mastication prolongée. Deux effets particuliers mais constants de la salivation prolongée, le premier, observé par un écrivain américain Horace Fletcher, consiste en un choix que semble faire le fauces entre les aliments complètement ou incomplètement préparés par la salive et les dents, les premiers étant acceptés, les autres repoussés dans la bouche. L'auteur appuie le fait d'observations sur lui-même et d'autres. Le second effet est une imitation, sinon un véritable réflexe de la déglutition, et au moyen de laquelle les aliments, pendant la durée de la mastication, sont sans cesse, et involontairement renvoyés par une action musculaire sur le devant de la bouche et cela jusqu'à leur complète transformation en substances neutres ou légèrement alcalines. Le goût dirige et limite la salivation : son oblitération coïncide avec l'arrêt de la sécrétion des glandes salivaires, la transformation des aliments en substances neutres ou légèrement alcalines, et un acte véritablement involontaire de déglutition. — L'eau n'a pas besoin pour être digérée de l'action de la salive, mais les liquides sapides ne peuvent pas plus s'en passer que les solides. L'auteur cite une expérience qui démontre que la salivation prolongée agit d'une façon marquée sur l'absorption des aliments privés d'amidon. La plus importante des actions de la salive, ne serait-elle pas de transformer — avant la déglutition — les aliments (toujours acides) en substances alcalines ou neutres ?

Grâce à la salivation prolongée, le tiers ou le quart de la nourriture habituellement ingérée suffit à maintenir l'équilibre de la santé même dans le cas de grande dépense mentale ou musculaire. La déperdition des aliments est moindre, au grand bénéfice du tube digestif et du système général. La digestion bacillaire, et, conséquemment, l'absorption de ses produits, cesse : une augmentation appréciable de l'énergie physique et intellectuelle en résulte ; les besoins morbides de nourriture et de boisson disparaissent.

Les excreta de l'intestin, du rein et de la peau deviennent presque inodores. La densité de l'urine est modifiée. Les changements qui surviennent dans le poids du corps — qui tend à se rapprocher de la normale — sont en relativité avec les circonstances extérieures. Un nouvel appétit est créé, auquel on peut se fier pour indiquer la quantité et la qualité des aliments journellement nécessaires.

Un besoin net fait préférer les substances saccharigènes aux protéines mais les proportions de choix sont différentes de celles indiquées par Hirschfeld et Klemperer.

Comparaison entre ce qui est actuellement considéré comme l'équilibre parfait, et ce qui le serait avec d'autres habitudes de mastication. Suppression de la non-assimilation et de la mauvaise nutrition par la pratique de la salivation prolongée. Il est probable que la réceptivité de l'organisme aux maladies est imputable à la digestion bacillaire et à l'absorption de ses produits ; la suppression en doit sans aucun doute créer et maintenir la santé.

Bornons-nous à signaler parmi les principales communications en langues étrangères les suivantes :

M. Bottazzi, de Florence : L'innervation viscérale des crustacés et des Elasmobranches. — M. C. Demel, de Cagliari : Observations histologiques sur le sang. — M. F. S. Lee, de New-York : Les Causes de la fatigue musculaire. — M. Flechsig, de Leipsig : Sur le développement de l'écorce du cerveau de l'homme. — M. Hensen : Démonstration de l'accommodation de l'oreille humaine. — M. Langley, de Cambridge : Effets de l'extrait des glandes surrénales. — M. Langendorff, de Rostock : sur les fonctions des ganglions sympathiques du cou. — M. Martinotti, de Turin : Anomalie de structure de la fibre musculaire striée. — M. O. Cohnheim, d'Heidelberg : Les transformations du blanc d'œuf dans l'intestin. — M. A. D. Waller, de Londres : Recherches sur l'électricité végétale.

De nombreuses expériences et démonstrations ont été faites en outre au laboratoire de physiologie mis libéralement, avec tout son matériel, à la disposition des Congressistes.

A. Marie.

La tuberculose et l'automobile. — Nous lisons dans un journal de Londres, *The Cycle Trader*, l'article suivant, qui étonnera bien tous les rétrogrades, contempteurs à tous crins de la nouvelle et si florissante industrie de l'automobile, et bien propre en outre, à battre en brèche la limite imposée à la vitesse des autos : « Un moyen de guérir la tuberculose : Un médecin doué d'un penchant prononcé pour l'auto a écrit au *Times* pour indiquer la promenade en auto à une vitesse bien supérieure à la limite légale, comme un moyen de combattre la tuberculose. Il dit que les bienfaisants effets obtenus par une promenade en auto à une vitesse de *48 à 80 kil.* l'ont vivement frappé. En même temps qu'un sentiment de vive gaieté, un accroissement d'appétit et un meilleur sommeil, elle procure une augmentation de saine chaleur qui, après un traitement de quelques jours, tend à devenir constante. La tendance de la toux est de beaucoup diminuée. »

(*Auto-Vélo*).

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires**, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un** seul **exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au Rédacteur en chef, 14, rue des Carmes.

QUESTIONS DU JOUR

Assistance, traitement et éducation des enfants arriérés et nerveux.

Les enfants *normaux* malades ont été l'objet de créations multiples. Par exemple, pour les enfants scrofuleux, rachitiques, tuberculeux, on construit chaque année des sanatoria. Mais, les enfants réputés *anormaux* sont moins bien partagés, surtout ceux qui composent le groupe le plus considérable, les *idiots intellectuels et moraux* (pervers et instables). Il ne se passe pas de jour sans que les feuilles politiques n'enregistrent des actes délictueux commis par eux ou dont ils sont les victimes : beaucoup d'« enfants martyrs » sont des malades au point de vue mental ou moral

La *Petite Gironde* du 11 septembre, sous ce titre : *L'odyssée d'une fillette*, raconte que Madeleine Chauvet, âgée de 11 ans, avait été confiée par le directeur de l'hospice de la Rochelle à une ménagère de Croix-Chapeau, que celle-ci l'ayant envoyée faire une commission à l'extrémité du village elle ne revint plus. Après recherches, on découvrit l'enfant rôdant sur la route de Dompierre. *Elle ne paraît pas jouir de toutes ses facultés intellectuelles*.

Le même journal, parlant des affaires jugées à l'audience correctionnelle d'Angoulême, cite deux cas analogues. Le premier concerne un enfant de treize ans, domestique, qui avait placé des tas de pierres sur la voie errée au pont du Chemin-Vert. « Cet enfant a l'aspect inintelligent, répond à peine à l'interrogatoire ; c'est un petit malheureux qui n'a pas compris certainement la gravité de son acte. » Le second cas se rapporte à un enfant de *neuf ans* qui, lui, depuis plusieurs années déjà, a la manie du vol. Il comparaît pour un nouveau délit.

Ces trois faits prouvent la nécessité d'hospitaliser les enfants anormaux. La fillette était une proie qui s'offrait sans défense à la lubricité. Le premier garçon a failli causer un accident de chemin de fer qui, fatalement, aurait fait des victimes. La manie du vol (kleptomanie) du troisième peut aboutir à des crimes contre les personnes. Multiplier ces faits serait facile.

Aujourd'hui, grâce à l'active propagande faite par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, depuis bientôt 25 ans, la question prend corps, malheureusement plus à l'étranger, où ses travaux sont appréciés, qu'en France, où, cependant, est né le système de traitement et d'éducation de ces enfants déshérités. Aux médecins qui, jusque dans ces derniers temps, étaient seuls à s'en occuper, se sont ajoutés quelques pédagogues instruits. Et la situation des enfants anormaux (idiots. imbéciles, arriérés, etc.) a été l'objet de rapports très intéressants, de discussions sérieuses au *Congrès de la Ligue de l'enseignement*, aux *Congrès internationaux d'Assistance publique* et de *Psychiatrie*. A ces enfants, victimes de l'hérédité nerveuse (1) ou spécifique, de l'alcoolisme ou des accidents de la grossesse et de l'accouchement, la société doit venir en aide, d'abord parce qu'ils sont incapables de subvenir à leur existence, sont dans leur famille une occasion de trouble, une lourde charge ; puis, parce que leur maladie les pousse à commettre des actes délictueux, ou qu'ils peuvent être des instruments de crimes pour des criminels, ou enfin servir inconsciemment à assouvir les passions de brutes, d'où grossesse et nouvelle charge pour la société. Il faut donc hospitaliser ces enfants, et l'argent consacré à leur hospitalisation sera, certes, mieux employé qu'en frais de justice, de prison et de correction.

Mais il y a encore mieux à faire pour eux. On doit les soigner, les traiter, les éduquer. Ce n'est que par exception que les plus profondément frappés sont incurables. La plupart sont susceptibles d'amélioration à des degrés divers, même jusqu'à l'état normal. L'expérience l'a démontré.

A l'appui, laissant de côté ce qui se fait à l'étranger, il suffira de rappeler à grands traits la pratique de la section des enfants de Bicêtre pour les familles pauvres et de l'**Institut médico-pédagogique**, à Vitry-sur-Seine, près Paris, pour les familles riches.

Prenons, comme exemple, un enfant des plus malades, malpropre, ne marchant pas, incapable de s'aider de ses mains, par conséquent de manger, de se laver, de s'habiller seul, ne prononçant aucun mot, et voyons ce qu'en fera le *Traitement médico-pédagogique*.

Par une observation attentive de ses besoins, et en le plaçant à des heures régulières sur le vase, on le rend propre. Avec les exercices de la balançoire-tremplin, des barres parallèles, on lui apprend à se tenir debout. Avec le chariot ou en le tenant sous les bras, on parvient à le faire marcher. Arrivent alors es exercices des échelles et des ressorts, (*l'éducation de la main*), qui le préparent à apprendre à se déshabiller, à l'habiller, à se laver la figure et les mains, à employer la cuillère, la fourchette et le couteau.

Notre enfant a fait, alors, de grands progrès, puisqu'il est propre, marche seul, sait s'habiller, se nettoyer et manger seul : il n'a plus besoin d'être aidé, il suffit à ses besoins immédiats. Tous les procédés dans ce but sont complétés par le *massage*, les *frictions stimulantes*, les *bains* et l'*hydrothérapie*, sans compter les médications appropriées à chaque cas. L'éducation du *toucher*, de la *main* est accomplie. Il faut maintenant passer à *l'éducation des autres sens* et de la *parole*. L'énumération des moyens mis à contribution serait trop longue. Mentionnons seulement les projections à la lumière oxydrique des lettres de l'alphabet, des chiffres, des figures géométriques, d'images graduées d'animaux ou d'objets divers.

La parole commençant à se développer, l'enfant pouvant *nommer* les personnes et les objets usuels, on passe aux *leçons de choses* portant sur les différentes parties du corps, de l'habillement, sur le mobilier du dortoir et du réfectoire, sur les aliments, etc. Ensuite ont lieu les leçons, à Bicêtre, dans les jardins, à l'*Institut médico-pédagogique*, dans les jardins et le parc. Pour faciliter ces leçons de choses, les fleurs, les arbustes, les arbres, les carrés de légumes, etc., sont pourvus d'*étiquettes* nominatives. Un *tableau roulant* permet au maître de compléter les explications.

Au point où nous sommes, nous n'avons plus affaire à l'*être végétatif* du début, mais à un enfant qui s'élève d'échelon en échelon vers l'état normal. C'est alors que viennent les notions d'*instruction primaire* où prédomine toujours l'enseignement objectif. Chaque jour il y a une leçon de *chant*. Aux exercices physiques s'ajoutent la gymnastique des mouvements, aux échelles convexes, horizontales, avec les haltères, etc., la *danse*, et plus tard, *l'escrime*.

Les *jeux*, sous des formes variées, les *promenades*, des *conférences* avec *projections*, contribuent à développer l'intelligence des enfants. Enfin notons *l'enseignement manuel* : menuiserie, serrurerie, typographie, brosserie, vannerie, paillage, cannage, cordonnerie et couture.

Pour certaines catégories, on a recours aux frictions, au massage, aux exercices des jointures. Tous les enfants prennent d'un bout de l'année à l'autre un ou deux grands bains et un bain de pied par semaine, des douches d'avril à novembre et un certain nombre pendant toute l'année.

C'est à l'ensemble de ces procédés, complétés par le *traitement moral*, que M. Bourneville donne le nom de TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE. Il doit être institué dès qu'on a constaté les premiers signes de l'arriération intellectuelle ; on ne redresse pas un vieil arbre. Comme il s'agit là de *malades*, le rôle du médecin, dans les établissements de ce genre, qui devraient porter le nom d'*asiles-écoles*, est naturellement prédominant. Les instituteurs, les chefs d'ateliers, auxiliaires indispensables, doivent se guider d'après les observations médicales. Il faut que les enfants soient occupés et surveillés depuis le lever jusqu'au coucher.

Grâce à sa méthode, le Dr Bourneville enregistre chaque année des résultats remarquables et à Bicêtre et à l'*Institut médico-pédagogique*. Ce dernier établissement, situé au milieu d'un parc superbe, dans des conditions hygiéniques parfaites, reçoit des enfants indisciplinés, nerveux, instables, choréiques, hémiplégiques ou enfin des enfants atteints d'*accidents convulsifs*. Ils sont répartis par catégories, selon leur maladie et leur sexe.

Des renseignements sommaires qui précèdent, il résulte que les familles fortunées qui ont la douleur d'avoir des enfants arriérés ou nerveux sont en mesure, par un traitement médico-pédagogique bien dirigé et suffisamment prolongé, d'obtenir l'amélioration et même la guérison de leurs malheureux enfants : c'est là une véritable consolation. Il en résulte aussi que, en ce qui concerne les enfants des familles pauvres ou peu aisées, chaque département a le devoir de créer pour eux des asiles-écoles ; c'est là une réforme qui s'impose en France, si nous ne voulons pas rester plus longtemps en arrière des autres pays civilisés.

Dr FREEMANN.

(1) L'influence de l'*hérédité* est incontestable. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les observations insérées dans les 20 volumes des Comptes rendus de Bicêtre. Mais il est certain qu'elle peut être atténuée, sinon tout à fait supprimée, dans un certain nombre de cas, par une médication, une hygiène et une éduction appropriées.

VARIA

L'anniversaire de Virchow.

L'anniversaire de la 80e année de Rodolphe Virchow a fourni l'occasion d'une solennelle manifestation dans tout le monde médical. Tous les médecins de notre époque ont reconnu que les travaux et le talent de Virchow sont une source féconde de science.

L'influence incontestable que Virchow a exercée sur la médecine date déjà d'un demi-siècle ; partout Virchow est cité. En ce qui concerne la phlébite, il a trouvé le véritable rôle de l'inflammation de la paroi veineuse et, grâce à ses études, il a pu constater que la coagulation du sang entrait pour une large part dans l'inflammation vasculaire. Ses recherches portèrent sur la cause et les conditions de l'obstruction des vaisseaux, il émit, au sujet des embolies, une théorie d'une grande importance, tant au point de vue pratique qu'au point de vue purement scientifique. Les recherches sur la formation de la métastase lui sont encore dues. Il en est de même de ce que nous savons actuellement sur la leucémie et on lui doit encore de très importants travaux sur la tuberculose.

Le plus beau titre de gloire du grand savant est son mémoire de pathologie de la cellule. mémoire où l'on trouve cette phrase, fruit d'une longue et minutieuse expérience : « *Omnis cellula ex cellula* : » L'observation exacte des faits, la logique des conclusions qui seules pouvaient rendre possible la confirmation d'une affirmation aussi profonde, ont fait jouer à l'auteur un grand rôle dans la science médicale. Virchow a. de plus, exercé une influence manifeste sur toutes les études biologiques et, grâce à la méthode de son travail, il s'est élevé au premier rang des naturalistes. Au point de vue médical, la pathologie cellulaire de Virchow avait une conséquence incalculable ; elle jetait une vive lumière sur les diverses théories qui expliquaient les troubles morbides.

Grâce à sa clarté d'esprit, à sa force de travail infatigable, Virchow a su aborder un nombre infini d'études dont la plupart ne sont connues que par ceux qui l'entouraient.

L'anthropologie lui doit encore de nombreuses observations qu'il communiqua au Congrès de Pathologie et d'Anthropologie.

L'anniversaire de la 80e année de Virchow n'a pas été fêté que par des médecins ; des naturalistes, des professeurs, des écrivains y ont pris part, car ce grand savant fut encore, tant au point de vue politique qu'au point de vue social, un grand organisateur. Aussi les hommes doivent-ils à jamais respecter son nom et sa mémoire.

A. Guillaumin.

Le 80e anniversaire du Pr Virchow a donné lieu à Berlin à une manifestation grandiose, à laquelle les savants de toutes les nations ont pris part. Nous empruntons aux dépêches des journaux politiques et en particulier aux *Débats* les détails de cette apothéose du grand savant :

Berlin, le 12 octobre. — Avant la fête donnée au musée de pathologie, a eu lieu, au rez-de-chaussée du musée, devant le buste du professeur Virchow que le docteur Studt, ministre de l'instruction publique, inaugura, une cérémonie plus intime au cours de laquelle le docteur Studt a félicité le professeur Virchow à l'occasion de son jubilé à l'endroit même qui a été le principal témoin de ses travaux. M. Studt a ensuite parlé de l'ardeur déployée par Virchow pour faire connaître, même aux profanes, les résultats du travail accompli par lui. au cours de sa vie si bien remplie, pendant plus de deux générations.

La fête a continué par une cérémonie à l'Institut pathologique nouvellement construit. On remarquait, parmi les assistants, les invités étrangers. tous les membres de la Faculté de médecine de Berlin, les députations des Universités allemandes, le comte de Posadowski et le baron de Richtofen, secrétaire d'Etat ; MM. Studt, de Thiélon et Mœller. ministres prussiens ; le chirurgien en chef de l'armée Kenthold. et un grand nombre de professeurs des Universités étrangères.

Le professeur Virchow a été accueilli par des applaudissements qui se sont prolongés pendant plusieurs minutes. Il a prononcé un discours qui a duré près de deux heures et dans lequel il a exposé les progrès de la science pathologique. Après avoir parlé des travaux accomplis en Allemagne, il a fait ressortir les éminents services rendus par l'Université de Bologne, et en particulier par le professeur Bacelli.

Le médecin en chef, Schafer, a ensuite exprimé au professeur Virchow, qu'il a qualifié de *communis mundi præceptor*, ses félicitations et ses remerciements les plus vifs pour les bienfaits que lui doit l'humanité, et il a dit que le savant physiologiste avait toujours eu pour maxime : *suprema lex salus publica*. Un banquet a eu lieu l'après-midi dans la salle des Pas Perdus de la Chambre des députés, en l'honneur de M. Virchow. Plus de deux cents convives étaient présents. Parmi eux, on remarquait le comte de Posadowsky, M. Studt, M. Kenthold, médecin à l'état-major général. des représentants des pays étrangers, parmi lesquels MM. Bacelli, Lister et Cornil. Le comte de Posadowsky a porté le premier toast en buvant à l'empereur, qu'il a représenté comme le protecteur de l'art et de la science. M. Korte a parlé ensuite comme étant le plus vieil ami de M. Virchow. M. Langerhans a fait l'éloge de Mme Virchow. M. Baccelli et M. Althoff, directeur du ministère, ont pris ensuite la parole. M. Virchow a répondu en remerciant.

Le banquet a été suivi d'une fête dans la salle de la Chambre des Députés qu'on avait richement ornée et qui était bondée de monde. La fête a commencé à huit heures et demie ; des sonneries de fanfare et des hourrahs ont accueilli M. Virchow.

Etaient présidents d'honneur : MM. le comte de Posadowsky, secrétaire d'Etat, Studt, ministre des cultes ; Kenthold, médecin en chef de l'armée : Baccelli, de Rome ; Lister. de Londres : Cornil, de Paris ; Toldo, de Vienne ; Roptschewski, de Saint-Pétersbourg ; Stokois. d'Amsterdam. ainsi que d'autres représentants allemands et étrangers.

Le professeur Waldegers, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, a fait d'abord l'éloge de M. Virchow et de son action éducatrice que le monde entier reconnaît, admirant ces trois génies : Virchow, Mommsen et Helmholtz. Puis il lui a remis, de la part des médecins allemands, un don s'élevant à 50,000 marks pour venir en aide à la fondation Virchow. M. Studt a annoncé ensuite que l'empereur conférait à M. Virchow la grande médaille d'or pour les sciences et a lu une lettre autographe de Sa Majesté. Au milieu d'applaudissements enthousiastes, après avoir lu la lettre autographe de l'empereur, il a prononcé des paroles élogieuses pour le docteur Virchow.

Après lui. ont pris la parole MM. Althoff. directeur du ministère, Kenthold et Baccelli. Celui-ci a déclaré qu'il apportait au docteur Virchow les félicitations du roi et du gouvernement d'Italie. Il lui a remis une médaille d'or portant le portrait du roi d'Italie, ainsi que des tableaux représentant les coryphées de la médecine, Morgagni et Virchow. M. Baccelli a été interrompu à maintes reprises dans son discours par de chaleureux applaudissements. Il a achevé son allocution au milieu des applaudissements de toute la salle. Au nom de l'Académie des sciences. M. Vahler, de l'Université de Berlin, a pris ensuite la parole. M. Harmack, vice-président de la Chambre des Députés, et M. Krause, ont également prononcé des discours.

Enfin les représentants étrangers ont pris la parole. M. Cornil a parlé au nom de la France. Au milieu de nombreux applaudissements, il a rappelé la création par M. Virchow de la pathologie cellulaire. Des applaudissements enthousiastes ont accueilli son discours. Lord Lister a apporté une adresse de la « Royal Society » de Londres et de six autres Sociétés des sciences anglaises. Il a déclaré reconnaître la très grande puissance géniale de Virchow et les droits qu'il s'est acquis à l'admiration des hommes par son caractère remarquable, et a exprimé le désir de pouvoir un jour célébrer le 90e anniversaire de la naissance du

grand homme. MM. Félix Semon (de Londres) et le sénateur Maragliano (de Gènes) ont ensuite discouru à leur tour.

Les droits de l'alcool dans les pharmacies.

L'administration des contributions indirectes réclamait aux pharmaciens de Château-Thierry des droits complémentaires pour l'alcool qu'ils détenaient déjà. Des contraintes avaient été décernées le 25 mars et les pharmaciens y firent opposition. Le tribunal, présidé par M. Magnaud, a déclaré les contraintes nulles, et son jugement est accompagné de considérants dictés par la raison et l'équité, mais qui ne manqueront pas de stupéfier les vieux magistrats qui appliquent les lois avec une déplorable routine sans chercher à en comprendre le but. Voici quelques-uns des attendus du tribunal :

Attendu que la loi du 29 décembre 1900, article 17, dispose « que les commerçants et dépositaires d'alcool établis en tous lieux seront tenus de déclarer au bureau de la régie les quantités d'alcool existant en leur possession. Ces quantités seront ensuite reprises par voie d'inventaire ; les assujettis qui auront chez eux de l'alcool dont les droits ne seront pas acquittés pourront les régler sur la base des nouveaux tarifs au moyen d'obligations cautionnées d'un à trois mois de terme ; les non-entrepositaires pourront également être admis à présenter pour l'acquittement des taxes complémentaires des obligations dûment cautionnées » ;

Attendu que les pharmaciens, s'ils sont commerçants parce qu'ils achètent certains produits pour les revendre tels qu'ils leur ont été livrés, ne sont ni commerçants d'alcool ni dépositaires d'alcool : que s'ils détiennent ce produit dans leurs officines, ce n'est pas pour en tirer bénéfice en tant que dépositaires, mais parce qu'il entre en plus ou moins grande quantité dans la confection de certains remèdes auxquels il sert soit de base, soit d'accessoire, soit de dissolvant ; qu'ils ne sauraient, en conséquence, être assujettis aux droits complémentaires de consommation établis par la loi du 29 décembre 1900 sur les alcools : que, pour décider dans ce sens, il suffit, d'ailleurs, de se rappeler que la surtaxe de l'alcool imposée par cette loi n'a été que la conséquence du dégrèvement des boissons hygiéniques ;

Attendu qu'il serait vraiment singulier d'admettre que le législateur, en votant cet utile et hygiénique dégrèvement en faveur du bien-être général et de la santé publique, ait voulu, par une surtaxe sur l'alcool, surélever indirectement le prix déjà si onéreux pour les pauvres gens des remèdes immédiats que peut nécessiter cette même santé publique quand elle est compromise ; qu'il en résulterait que la seconde de ces mesures détruirait les salutaires effets de la première, contradiction déplorable dans laquelle le législateur n'a certainement pas voulu tomber ;

Attendu, en conséquence, que, pour les alcools détenus par les pharmaciens et servant spécialement à la fabrication ou préparation des remèdes, la surélévation de taxe imposée par la loi du 29 décembre 1900 ne saurait recevoir son application.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Séance du 1er octobre. — Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. le président donne la parole à M. le Trésorier et, sur la proposition de M. Blache, le Conseil vote deux subventions : l'une, de 350 fr. à la Société de la Haute-Marne, l'autre de 400 fr. à celle de la Seine-Inférieure, et une subvention conditionnelle de cent cinquante francs à la Société de Constantine. M. le Trésorier annonce au Conseil la réalisation du legs Souchu-Servinière.

M. le Président annonce au Conseil la grande perte que l'Association vient de faire en la personne du Dr Hameau. Il rend hommage à ses éminentes qualités morales et professionnelles, qui étaient chez lui héréditaires, et aux grands services qu'il a rendus à l'Association dont il a été un des vice-présidents, en même temps qu'il a présidé pendant de longues années la Société de la Gironde.

Sur l'invitation de M. le Président, M. le Secrétaire Général fait le dépouillement de la correspondance. En réponse à une lettre du Dr Armand, président de la Société de la Savoie, relative à la situation des étrangers, membres des Sociétés unies, le Conseil rappelle à ces sociétés la loi du 1er avril 1898 qui leur interdit d'admettre des médecins étrangers et les engage à éviter d'attirer l'attention sur ceux qui ont été admis avant la promulgation de cette loi, mais aussi à les maintenir parmi leurs Sociétaires, en raison des droits acquis.

Au Dr Jeanne (de Meulan), secrétaire général de la *Société Amicale*, demandant la situation faite aux Sociétaires qui membre d'une des Caisses-Annexes, viendraient à donner leur démission de l'Association Générale, le Conseil décide de répondre que, en vertu des nouveaux statuts, ils seraient, par là même, exclus de ces Caisses-Annexes. Le Dr Chapuis, président de la Société de Toulon, ayant demandé l'avis du Conseil au sujet de la réadmission de membres démissionnaires, le Conseil lui a répondu qu'il y avait lieu de les admettre de nouveau, de les exonérer du droit d'entrée, et de faire compter, pour la retraite, les années pendant lesquelles ils avaient antérieurement payé leur cotisation.

Le Conseil aborde ensuite la discussion des questions que soulève l'admission des femmes. Les Sociétés unies s'en sont occupées et ont émis des avis divers. Avec M. Pilate, président de la Société du Loiret, on peut diviser en deux groupes les avis des Sociétés.

1er groupe. — Certaines Sociétés voudraient rejeter purement et simplement l'admission des femmes. Le Conseil a décidé que cela lui paraissait impossible, par la raison que leur admission est la condition nécessaire de l'adjonction des Caisses indemnité-maladie et des Retraites à l'Association générale.

2e groupe. — Il comprend les Sociétés qui admettent les femmes, avec cette réserve que la perte de leur qualité de femme de médecin-sociétaire, résultant soit du veuvage, soit d'un second mariage avec quelqu'un qui n'est pas médecin, soit du divorce, entraîne de plein droit leur radiation.

Après une discussion serrée, le Conseil pense qu'il convient de permettre à ces trois catégories de femmes, de continuer leurs versements annuels, au titre de membres participants. Il n'exclut de ce droit que les femmes qui s'en seraient rendues indignes et auxquelles l'article 76 des statuts devrait être appliqué. Du reste, la plupart des Sociétés paraissent avoir émis un avis conforme à l'opinion du Conseil.

Asile public d'Aliénés de Sainte-Gemme-sur-Loire.

Concours pour deux places d'Interne en médecine. — Un concours pour deux places d'interne en médecine à l'Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire s'ouvrira à Angers, le lundi vingt-huit octobre 1901, à 8 heures du matin, à la Préfecture, sous la présidence du Directeur-Médecin en chef de l'Asile, assisté du Médecin-adjoint, d'un Juge titulaire et d'un Juge suppléant choisis parmi les Professeurs de l'Ecole de Médecine.

Les candidats devront adresser au Directeur-Médecin en chef de l'Asile leur demande accompagnée des pièces suivantes : 1° Un extrait de l'acte de naissance ; 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; 3° un extrait du casier judiciaire ; 4° la feuille d'inscriptions. Le registre d'inscription sera irrévocablement clos le vingt-six octobre, à 4 heures du soir. Pour être admis à concourir, il faut être âgé de 18 ans au moins et de 30 ans au plus et être muni de 10 inscriptions conformément à l'article 53 du Règlement du Service intérieur.

Le programme comprendra : 1° une épreuve écrite, de 3 heures, sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, 30 points seront accordés pour cette épreuve : 2° une épreuve orale, de 15 minutes après 15 minutes de réflexion, sur deux sujets : l'un de pathologie externe, l'autre de pathologie interne, 20 points seront accordée pour cette épreuve. Les internes sont nommés pour trois ans. Ils reçoivent, en outre du logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage dans les limites fixées par les règlements, une indemnité de 700 fr. par an. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Asile.

LES ÉPIDÉMIES

La Peste. — A Marseille, à Naples, on ne signale aucun nouveau cas et le fléau paraît arrêté. On prétend que quelques cas ont été observés à Glascow. On annonce la réapparition de la peste à Nouméa et une recrudescence à l'île Maurice (65 cas et 47 décès dans la semaine qui a précédé le 10 octobre).

La Fièvre jaune. — Un télégramme du gouverneur général intérimaire de l'Afrique occidentale, daté du 12 octobre, fait connaître au ministre des colonies que le sapeur du génie Vallet est décédé à Kalé, le 11 octobre, des suites de la fièvre jaune.

Néanmoins, d'après un nouveau télégramme parvenu récemment au ministère des colonies la situation s'améliore. L'état sanitaire est bon à Saint-Louis ; aucun cas nouveau ni suspect n'est signalé. Aucun malade n'est en traitement, sauf un convalescent à Kalé.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses. — *Jeudi* 24 *octobre*, à 1 heure. — M. *Cadet* : Contribution à l'étude clinique de l'ostéite déformante de Paget : MM. Berger, Jeanselme, Achard et Launois. — *M. Candegabe* : Des néoplasmes prérotuliens ; MM. Berger, Jeanselme, Achard et Launois.

Examens de doctorat. — *Vendredi* 18 *octobre*, à 1 heure. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité), 1re série : MM. Tillaux, Poirier et Mauclaire. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité), 2e série : MM. Kirmisson, Walter et Gosset.— 5e (Deuxième partie, Charité) : MM. Netter, Wurtz et Legry. — *Samedi* 19 *octobre* à 1 heure. — 3e (Deuxième partie, N. R., Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Widal et Guiart. — 2e (N. R.) : MM. Retterer, Gley et Chassevant. — 4e : MM. Pouchet, Vaquez et Langlois. — 5e (Première partie, Chirurgie, Necker), 1re série : MM. Le Dentu, Faure et Thierry, — 5e (Première partie, Chirurgie, Necker), 2e série : MM. Berger, Quénu et Marion.— 5e (Deuxième partie, Necker) : MM. Charrin, Achard et Rénon. — *Lundi* 21 *octobre*, à 1 heure. — 3e (Oral, Deuxième partie, A. R.) : MM. Fournier, Besançon et Legry. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu), 1re série : MM. Kirmisson, Poirier et Mauclaire. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM. Tillaux, Aug. Broca et Cunéo. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lepage et Wallich. — *Mardi* 22 *octobre*, à 1 heure, — 2e (N. R.) : MM. Rémy, Launois et André Broca. — 4e (A. R.) MM. Proust, Vaquez et Chassevant. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité) : MM. Le Dentu, Quénu et Faure. — 5e (Deuxième partie, Charité, 1re série : MM. Dieulafoy, Rénon et Gouget. —5e (Deuxième partie, Charité), 2e série : MM. Debove, Thiroloix et Jeanselme.— *Mercredi* 23 *octobre*, à 1 heure.—1er (Oral, N. R. MM. Gley, Mauclaire et Guiart. — 4e (N. R.) : MM. Pouchet, Wurtz et Hanriot. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Wallich et Potocki. — *Jeudi* 24 *octobre*, à 1 heure. — Médecine opératoire : MM. Poirier, Marion et Auvray. — 2e (N. R.) : MM. Gley, Retterer et Desgrez. — 3e Oral, Première partie. A. R.) ; MM. Rémy, Faure et Potocki.—3e Oral, Première partie. N. R.) : MM. Le Dentu, Thierry et Demelin. — *Vendredi* 25 *octobre*, à 1 heure. — 2e (N. R.) : MM. Hanriot, Retterer et Langlois. — 5e (Première partie. Chirurgie, Necker), 1re série : MM. Kirmisson, Walther, et Rémy.— 5e (Première partie, Chirurgie, Necker), 2e série : MM. Poirier. Aug. Broca et Cunéo. — 5e (Deuxième partie, Necker) : MM. Hayem, Netter et Legry. — *Samedi* 26 *octobre*, à 1 heure. — 3e (Oral, Deuxième partie, N. R.) : MM. Launois. Widal et Gouget. — 5e (Deuxième partie, Beaujon), 1re série : MM. Hutinel, Dupré et Thiroloix. — 5e (Deuxième partie, Beaujon), 2e série : MM. Proust, Achard et Vaquez.

FORMULES

XIX. — Contre les maux de dents.

Sulfate de quinine................	0 gr. 12
Acide bromhydrique...............	XV gouttes.
Teinture de gelsemium	XV —
Sirop de sucre	15 grammes.
Eau distillée........................	30 —

(*Gaz. heb. de med. et chir.*)

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 29 septembre au samedi 5 octobre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,069 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 410, illégitimes 127. Total 537. — *Sexe féminin* : légitimes, 378, illégitimes, 154. Total, 532.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 29 sept. au samedi 5 octobre 1901, les décès ont été au nombre de 767, savoir : 432 hommes et 336 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2 F. 2. T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 4, T. 6. — Rougeole : M. 2. F. 1, T. 3. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphtérie et Croup : M. 3, F. 4, T. 7. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 1, F. 4, T. 5. — Tuberculose des poumons : M. 96, F. 48, T. 144. — Tuberculose des méninges : M. 14, F. 7, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 2, T. 9. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 22, F. 32, T. 54. — Méningite simple : M. 13, F. 3, T. 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 23, F. 17, T. 40. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 22, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 1, F. 4, T. 5. — Bronchite chronique : M. 7, F. 12, T. 19. — Pneumonie : M. 9, F. 3, T. 12. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 24, F. 21, T. 45. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 3, F. 4, T. 7 ; autre alimentation : M. 24, F. 17, T. 41. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 7, F. 4, T. 11. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 5, F. 3, T. 8. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 2, T. 5. — Cirrhose du foie : M. 6, F. 6, T. 12. — Néphrite et mal de Bright : M. 9, F. 12, T. 31. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 0, T. 0. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 15, T. 28. — Débilité sénile : M. 14, F. 19, T. 33. — Morts violentes : M. 24, F. 10, T. 34. — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18. — Autres maladies : M. 43, F. 44, T. 87. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 8, F. 2, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 33, illégitimes, 7. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 13. — Total : 42.

Faculté de médecine de Toulouse. — Un arrêté ministériel en date du 5 octobre 1901 approuve l'institution d'un doctorat de l'Université de Toulouse (mention *Médecine*), destiné aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études avec dispense du grade de bachelier et qui ont subi les examens prévus par le décret du 31 juillet 1893.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira, le 14 avril 1902, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Examens de sages-femmes : *Mardi* 22 *octobre*, à 1 heure. — 2e (Obstétrique, Clinique Tarnier) : MM. Ribemont-Dessaignes, Bonnaire et Demelin.

Samedi 26 *octobre*, à 1 heure. — 1er : MM. Ribemont-Dessaignes, Bonnaire et Demelin.

Corps de santé militaire. — Sont promus : *au grade de médecin principal de 1re classe*, MM. Duchêne et Forgemol de Bostquenard : *au grade de médecin principal de 2e classe*, MM. Guell, André et Duléry ; *au grade de médecin-major de 1re classe* : MM. Prost-Maréchal, Bilouet, Pesme, Buot, Mazeillé, Dommartin, Bordes-Pagès, Odile, Forgue, Vallois, Krantz et Pauzat ; *au grade de médecin-major de 2e classe*, MM. Foley, Oberlé, Lafeuille, Velten, Pla, Romary, Mouly, Rolland, Rouyer, Serre et Dusolier.

Corps de santé de la marine. — Sont promus : *au grade de médecin en chef de 1re classe*, M. Ambiel ; *au grade de médecin en chef de 2e classe*, M. Léo : *au grade de médecin principal*, M. Planté ; *au grade de médecin de 1re classe*, M. Souls.

Réserve. — Est nommé : *Au grade de médecin en chef de 1re classe*, M. le docteur Beaumanoir, médecin en chef de 1re classe, en retraite.

Corps de santé des troupes coloniales. — Sont nommés : *Au grade de médecin aide-major de 1re classe*, MM. les médecins stagiaires Aubert, Audiau, Bouillet, Chapeyrou, Crenn, Dagorn, Doreau, Honorat, Jacquin, Lartigue, Laurenti, Mongie, Mouillac,

Munier, Normet, Pin, Puysségur Revault, Rouffiandis, Rousseau, Tardif, Thébaud, Thibault, Vallet et Violle ; *A l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire.* M. Dhoste, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

Laïcisation des écoles et hôpitaux militaires. — La Commission du budget a décidé, par un vote, que les militaires remplaceraient les religieuses pour les services de buanderie, de cuisine et de lingerie, aux Ecoles Polytechnique, Saint-Cyr, La Flèche, Saumur, Fontainebleau, Saint-Maixent, et dans les hôpitaux militaires.

Victime de la science. — Lille, 14 octobre. — Le Dr Calmette, précisément la veille du jour où il devait être entendu par le conseil général du Nord dans la question des sanatoria pour le traitement de la tuberculose, avait été mordu à l'index de la main droite par un des reptiles dont il étudiait le venin, un cobra appartenant à l'une des espèces les plus dangereuses. Le docteur Calmette s'était immédiatement soigné par des injections du sérum antivenimeux qui avait été l'objet de ses études spéciales en Cochinchine et à Lille. On pouvait donc espérer que, grâce à cette précaution d'un sérum qui avait fait ses preuves, tout danger était écarté. Malheureusement, il n'en a pas été ainsi. La morsure du cobra, quand elle n'est pas traitée par le sérum, produit très rapidement la mort et, grâce à l'emploi de ce remède, M. le docteur Calmette put échapper à ce terrible accident : mais quelques complications secondaires se sont produites qui ont obligé le directeur de l'Institut Pasteur de Lille à faire procéder à l'ablation du doigt qui avait été atteint. Hier dimanche, dans l'après-midi, M. le docteur Dubar lui a coupé l'index de la main droite. L'opération a fort bien réussi. (*Journal*, 15 octobre 1901.)

Le brassard du vaccin. — J'étais fortement intrigué depuis quelques jours de voir dans la Cité quantité de gens portant un brassard rouge. Etait-ce le signe distinctif des membres d'une nouvelle ligue quelconque ? Nullement : le brassard rouge signifiait tout simplement que le Monsieur qui le portait venait d'être vacciné, et que les passants étaient invités à ne pas le bousculer. La précaution n'est pas inutile, surtout à certaines heures de la journée, notamment à l'ouverture et à la fermeture des bureaux de la Cité, où il y a un tel va-et-vient qu'il est impossible de faire cinq pas sans être heurté de droite et de gauche. C'est, paraît-il, le Stock-Exchange qui a imaginé le fameux brassard rouge. (*Echo de Paris.*)

Un remède dangereux. — Il ne s'agit point, comme on le pourrait croire, d'une erreur de pharmacien, mais d'un accident tout fortuit, dont une fillette a été victime, hier matin. Un garçon de magasin, M. D..., habitant rue des Volontaires, ayant remarqué que son enfant, Jeanne, âgée de 10 ans, offrait des symptômes d'anémie, avait cru devoir lui faire prendre de l'eau ferrugineuse.

Pour cela, il mit des clous de fer dans une bouteille d'eau et habitua la fillette à additionner tout ce qu'elle buvait d'une certaine quantité de cette eau. Hier matin, vers neuf heures, la petite Jeanne, ayant soif, prit un verre de vin et y versa un peu d'eau, et, sans prendre garde que plusieurs petits clous tombaient dans le verre elle avala le tout. Aussitôt, la pauvre enfant tomba à la renverse, poussant d'affreux cris de douleur. Sa mère accourut et, comprenant ce qui devait être arrivé, elle emporta l'enfant dans une pharmacie, d'où elle fut transportée à l'hôpital des Enfants-Malades. L'état de la petite Jeanne D... est considérée comme désespéré : des lésions des parois stomacales sont, en effet à redouter. (*Echo de Paris.*)

Le voleur des médecins. — Quelques médecins de Paris ont été victimes d'un escroc qui, en leur absence, s'est présenté chez eux. S'adressant aux domestiques, il leur disait : « Votre maître vient d'acheter une trousse, mais, comme il n'avait pas assez d'argent sur lui, j'ai été chargé de vous l'apporter et de vous prier de me remettre le solde, soit 120 francs. » Les domestiques, sans défiance, ayant remis l'argent, l'escroc disparaissait laissant une trousse de peu de valeur. On le recherche activement. (*Journal*).

La baisse de la criminalité. — Elle s'accentue de jour en jour. Au greffe criminel de la Cour d'appel, où on établit les rôles de chaque session d'assises, on a en ce moment toutes les peines du monde à confectionner celui de la seconde session du mois courant, qui s'ouvre mercredi prochain. C'est avec de nombreuses difficultés que l'on arrive à pouvoir inscrire sept affaires, alors que le rôle de chaque session en comporte généralement une vingtaine. Est-ce que la sévérité du jury parisien donnerait à réfléchir aux criminels, ou bien le parquet ne s'attacherait-il pas plutôt à correctionnaliser la grande majorité des procès d'assises ? Malheureusement, c'est cette seconde hypothèse qui semble être la plus admissible. (*Journal*).

Les fumées. — On sait que l'administration préfectorale a entrepris depuis assez longtemps une étude générale des moyens propres à supprimer les inconvénients si désagréables, voire dangereux, des fumées qui s'échappent des cheminées industrielles et domestiques. Une commission spéciale étudie la question. Mais elle ne semble pas aboutir rapidement et la préfecture de la Seine renouvelle ce matin l'appel qu'elle a adressé au public. Les personnes qui, en France ou à l'étranger, sont en possession d'appareils et de procédés destinés à supprimer ou tout au moins à réduire notablement les inconvénients des fumées et qui peuvent désirer les soumettre à l'examen de la commission sont priées de vouloir bien en faire la demande à M. le préfet de la Seine (Hôtel de Ville — Paris). Chaque demande devra être accompagnée de tous les documents propres à éclairer sur les systèmes proposés, tels que mémoires descriptifs, dessins, dépenses d'installation, listes d'applications, résultats d'expériences, résultats pratiques, etc. (*Les Débats.*)

La fièvre typhoïde a Foret-la-Folie (Eure). — Une épidémie de fièvre typhoïde sévit en ce moment dans cette commune. Les docteurs Rayer, des Andelys, et Mordagne, de Tourny, réunis en consultation, ont pris les mesures de désinfection nécessaires pour enrayer le mal. Ils ont réuni les habitants dans la salle d'école pour leur faire connaître les précautions à prendre. Des conférences sur l'hygiène faites par des hommes dévoués comme le sont MM. Mordagne et Royer sont d'une utilité incontestable. (*Le Rappel de l'Eure* du 25 septembre 1901).

L'étude scientifique des miracles. — Un de nos confrères, le distingué Dr Rouby, de Saint-Eugène (Alger), désirant faire un travail scientifique sur les miracles, prie nos lecteurs de bien vouloir lui communiquer les observations de guérisons miraculeuses qu'ils ont pu constater et plus particulièrement celles survenues à Lourdes.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Delaage, de Paris ; de M. le Dr Laydeker, d'Avize ; de M. le Dr Jarry, de Paris.

Chronique des hôpitaux.

Amphithéatre d'anatomie des hopitaux. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. le docteur Quénu, commenceront le vendredi 8 novembre 1901.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Un lazaret a Paris. — Contrairement à l'information d'un de nos confrères, qui prétend que le fort de Noisy-le-Sec va être aménagé en hospice de convalescents analogue à celui du Vésinet, nous sommes en mesure d'affirmer que l'Assistance publique se préoccupe uniquement d'établir à Noisy un lazaret, ou, en cas d'épidémie de peste ou de choléra, les malades seraient soignés dans des conditions parfaites d'isolement.

Les travaux commenceraient dès que la rentrée des Chambres et du Conseil municipal aurait permis de solliciter et presque sûrement d'obtenir la somme suffisante. Et Paris aura son Frioul. (*Journal.*)

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 43. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 26 OCTOBRE 1901

Le Progrès Médical

PÉDIATRIE

Abcès de la peau chez les enfants du premier âge

Par le Dr **BRUNIER**
Assistant de la Polyclinique H. de Rothschild.

Au cours des consultations des nouveau-nés de la Polyclinique H. de Rothschild, nous avons été frappé de voir combien étaient fréquentes chez eux les lésions de la peau. En effet, il n'est pas un trouble d'un appareil important — (pulmonaire ou gastro-intestinal) — qui n'ait son retentissement sur le système cutané : tantôt la peau se sèche, se ride, se desquame; tantôt l'on voit ces diverses lésions qui depuis le simple érythème des fesses jusqu'aux ulcérations simulant la syphilis, constituent une des gammes les plus variées qui soient. Aussi, par suite de cette fragilité, la peau du nourrisson va perdre une de ses plus importantes fonctions, à savoir : le rôle éminemment protecteur qu'elle joue normalement. Dès lors, les germes pyogènes — et de tous, le staphylocoque est le plus fréquent — vont l'assaillir et se précipiter par toutes les portes d'entrée qui se présenteront ; ils pulluleront et détermineront ces *abcès de la peau* qui prennent ici un caractère tout particulier. Ayant eu l'occasion d'en observer un grand nombre de cas et de les suivre attentivement, il nous a paru intéressant de leur consacrer cette courte étude. Après avoir dit quelques mots de leur étiologie, nous nous étendrons davantage sur leur étude clinique et leur pathogénie et indiquerons brièvement les notions utiles à leur traitement.

HISTORIQUE. — Diversement dénommée *inflammation cellulaire* (Billard), *dermatite folliculaire* (Steiner), *dermatite phlegmoneuse* (Baginsky), *phlegmon circonscrit du tissu cellulaire* (Bohn), *furoncle atonique* (Aliber), cette affection fut étudiée par les classiques sous le nom *d'abcès multiples de la peau.* Nous leur garderons le nom d'*abcès* parce qu'ils ont bien tous les caractères d'une collection purulente, mais nous repousserons l'épithète de *multiples*, car si, souvent, ils sont en grande quantité, il est des formes où — nous le verrons — ils n'apparaissent que d'une façon discrète. De plus, comme les sujets qui en sont porteurs sont parfois âgés de 16, 17 mois et plus, nous pensons nous conformer davantage à la clinique en les désignant sous le nom *d'abcès de la peau chez les enfants du premier âge.*

Signalés pour la première fois en France par Hervieux en 1865, sous le terme un peu vague de *diathèse purulente du nouveau-né*, ces abcès furent étudiés d'une façon complète par Bouchut qui dès 1876, les classait en abcès *puerpuéraux tuberculeux* et *syphilitiques.* C'est cette classification qui resta longtemps classique. Mais peu à peu sous l'influence des doctrines pastoriennes, on ne tarde pas à voir que dans la classification de Bouchut les premiers seuls méritaient le nom d'abcès, car Escherich et Longard, en 1887, en examinant le pus de ces derniers, y découvrirent le staphylocoque sous ses deux variétés (albus et aureus), et depuis, tous les auteurs ont confirmé ce fait et dans tous nos examens de pus, nous avons toujours rencontré le staphylocoque à l'état de pureté. Mais alors on se demanda comment et par où ces germes pénètrent dans la peau et, comment ils arrivent à produire ces abcès ? On le voit, c'était la question de la pathogénie qui se posait, question intéressante au plus haut point et pourtant si controversée.

ETIOLOGIE. — Mais d'abord dans quelles conditions se produit cette infection de la peau ? Elle est le plus souvent l'apanage de la classe pauvre, de celle qui fournit le contingent habituel de la clientèle de la polyclinique H. de Rothschild. Dans ce milieu, en effet, les règles les plus élémentaires de l'hygiène corporelle sont, méconnues, l'alimentation défectueuse, aussi les troubles gastro intestinaux sont fréquents ; or, ceux-ci ont une action éminemment *débilitante.* L'âge même de l'enfant, la dentition avec ses troubles généraux et locaux du côté des gencives..... ce sont là tout autant de conditions qui livrent sans défense le nourrisson aux attaques des germes pyogènes. Et, de tous ceux-ci, le plus répandu, celui qui est notre hôte et notre compagnon habituel c'est le staphylocoque ; aussi n'est-on pas étonné de le voir présider à toutes ces suppurations de la peau de l'enfant ; quant aux toxines qu'il élabore, elles détermineront la plupart des symptômes généraux qu'on observe. Sous une influence quelconque, les saprophytes

d'ordinaires inoffensifs, exaltent leur virulence, ou bien ils sont apportés par la mère, la nourrice qui sont elles-mêmes infectées (crevasse, tourniole, galactophorite); or, nous le savons, ces passages successifs sont les meilleurs facteurs de l'exaltation de la virulence d'un microbe.

Étude clinique. — a. *Description* — Si, par le siège où ils se développent, on peut diviser ces abcès en *épidermiques dermiques* et *sous-cutanés*, on peut au point de vue clinique les ramener à deux types bien distincts *abcès superficiels* et *abcès profonds*. Nous séparons là pour les besoins de la description, ce qui dans la réalité



Fig. 36.
Serge M..., âgé de deux mois. Allaitement artificiel — *Forme confluente avec abcès superficiel, uniquement à vésicules*, consécutive à l'apparition de la diarrhée verte. On voit aux deux talons les plaies ulcéreuses produites par la réunion de plusieurs vésicules ; le frottement ayant empêché leur cicatrisation. Guérison.

est le plus souvent uni, car s'il existe des cas — et nous en avons observé (V. les planches), où l'un de ces genres d'abcès est à l'état de pureté, ils sont le plus souvent associés, et abcès superficiciels et profonds évoluent simultanément chez le même malade.

1° Abcès superficiels. — D'aspect assez varié ils comprennent deux formes bien typiques. Le nom même que nous leur donnons indique assez quelle en sera la morphologie. Nous appellerons la *première* : *forme vésiculeuse* caractérisée par de petites vésicules formées aux dépens de l'épiderme, la *deuxième* : *forme tubéreuse* comprenant de petits abcès ronds développés dans l'épaisseur du derme.

A. *Forme vésiculeuse* : C'est dans la couche du corps muqueux de Malpighi qu'apparaissent les vésicules. Leur volume varie d'un grain de mil à une lentille. Au début c'est une bulle à liquide transparent ; deux ou trois jours après, elle grossit, devient saillante et se transforme en vésico-pustule. En même temps le liquide devient louche puis franchement purulent. Par suite de l'accumulation du pus, elle finit pas s'ulcérer et se crever, il sort une gouttelette de pus bien lié dans lequel nous avons toujours trouvé du staphylocoque. La



Fig. 37.
Germaine L..., âgée de 16 mois. — *Forme confluente avec abcès superficiels* au dos c'est la *forme tubereuse* à l'état de pureté on peut voir l'abcès tubéreux aux diverses périodes de son évolution. — Guérison après l'ouverture de 41 abcès dans la même séance et d'une quinzaine, les jours suivants.

petite ulcération se cicatrise et se recouvre d'une croûtelle noirâtre. Telle est l'évolution d'une vésicule, elle est complète en 3 ou 5 jours le plus souvent ; ces vésicules sont multiples et apparaissent par poussées successives ; elles apparaissent dans toutes les régions, mais surtout aux fesses et aux jambes. En certains endroits elles sont si confluentes qu'elles s'accolent et prennent un aspect particulier : ainsi, à la tête, elles se recouvrent de croûtes verdâtres et simulent l'eczéma impétigineux ; aux fesses, elles déterminent des érosions pseudo-syphilitiques ; au talon, au coude, leur cicatrisation, par suite du frottement, ne se fait pas, et l'on a des plaies ulcéreuses qui mettent pour guérir une lenteur désespérante

B. *Forme tubéreuse*. Ainsi dénommée parce que la forme et l'évolution des abcès qui la constituent rappellent en tous points ceux que Velpeau avait étudiés sous le nom *d'abcès tubéreux* de l'aisselle. Ils se développent quelquefois dans l'appareil pilo-sébacé, mais le plus souvent dans les glandes sudoripares. Au début c'est une nodosité dure, indolente, dont le volume varie d'un pois à celui d'une noisette et comme enchâssée dans le derme ; elle est mobile sur le tissu cellulaire sous-cutané et recouverte par un épiderme plus ou moins rouge. Puis elle devient acuminée, perd sa mobilité ; la peau rougit de plus en plus, s'amincit à son sommet, et l'on voit à ce niveau se détacher nettement un petit point blanc premier stade de l'ulcération. Au bout de 4 ou 5 jours, l'évacuation se produit, il en sort un pus jaunâtre, bien lié, renfermant des staphylocoques. L'abcès alors s'affaisse, et 2 ou 3 jours après, l'ulcération se recouvre d'une croûte noirâtre. L'évolution est parfois très longue : 10 à 15 jours et même plus. L'évacuation spontanée est de règle : parfois la résorption se fait, on dit que l'abcès avorte. On voit ces abcès à la nuque, aux fesses et à la partie postérieure des jambes, des cuisses. Mais ce qui est à noter, c'est leur apparition par poussées successives et comme en série, ainsi que le peu de réaction qu'ils déterminent : pas de fièvre, pas de troubles généraux. Aussi, ne peut-on leur accorder le titre de furoncles que leur donnent certains auteurs, car ici il n'existe ni bourbillon, ni douleur, ni chaleur, ni tension, qui sont les signes classiques de ce dernier.



Fig. 38.

Eugenie B..., âgée de 9 mois et demi. Poussée d'abcès profonds à la face postérieure de la jambe, suivie par un érythème médicamenteux ; cette poussée a déterminé ultérieurement un gros adéno-phlegmon du triangle de Scarpa. Guérison.



Fig. 39.

Johannes F..., âgé de deux mois et demi. — *Forme confluente à vésicules multiples et abcès profonds*, notamment aux fesses et à la partie supérieure de la face postérieure des cuisses. On voit au creux poplité du côté gauche une plaie ulcéreuse. Guérison.

2° Abcès profonds. — Ce sont les plus intéressants, car ils sont souvent méconnus ou sont la cause de nombreuses erreurs de diagnostic. Gros comme un petit pois ou une cerise, ils sont situés profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané, empiétant parfois sur les dernières portions du derme. A la première période de leur développement, c'est un nodule dur, indolore, mobile dans le tissu cellulaire et seulement perceptible à la palpation ; la peau qui les recouvre est encore mobile. A la ponction, on est très étonné de trouver du pus, car tous les signes classiques de la fluctuation faisaient défaut. Le nodule peut rester en cet état très longtemps, 25, 30 jours, et même plus. Le plus souvent abandonné à lui-même, il grossit, sa base s'élargit, il perd sa mobilité profonde. La peau qui le recouvre devient adhérente et devient rouge. On voit alors un placard rouge grand comme une pièce de 50 centimes ; à la palpation on sent ce dernier débordé de tous côtés par un œdème dur et indolore, recouvert par une peau saine, mais luisante. On perçoit alors une fluctuation

très profonde : la peau paraît plus chaude et plus douloureuse. En somme, jusque-là, le nodule avait l'allure torpide des abcès froids ; il prend désormais nettement les caractères des abcès chauds ; en quelques jours, en effet, le pus arrive à la superficie Mais ici pas de tumeur acuminée, mais simplement une voussure de la peau. La résorption est excessivement rare. La peau s'émincit au sommet de la voussure, elle s'ulcère, une fistule s'établit par où s'écoule un pus crémeux souvent strié de sang et riche en staphylocoques. Les bords en sont nets, réguliers, bien différents de ceux des fistules tuberculeuses ou syphilitiques. Elle en diffère également par sa fermeture en 6 à 8 jours ; elle se cicatrise et se recouvre d'une croûtelle noirâtre se détachant nettement sur le placard rouge. La première tombe en 5 ou 6 jours, mais le deuxième persiste très longtemps, il prend alors une teinte violacée qui pâlit de plus en plus. Tout autour de cet abcès ouvert spontanément on trouve de petites vésicules ou vésico pustules. Telles sont les diverses phases de l'évolution d'un nodule ; mais pendant ce temps il en survient d'autres et ici encore par poussées successives et par séries, mais le nombre des abcès diminue généralement avec chaque poussée et tout foyer de suppuration finit par s'éteindre. Ils sont parfois d'une persistance désespérante ; c'est alors que l'enfant maigrit, se cachectise. Car malgré ces abcès, qui sont quelquefois au nombre de 50, 60, les phénomènes réactionnels sont peu intenses. L'état général n'a pas empiré, l'appétit est conservé, la température ne dépasse pas 38°, mais ce qui est constant c'est la perte de poids, surtout quand les poussées se multiplient ; sous l'aspect de la santé, l'enfant dépérit, c'est qu'alors il existe toujours des troubles gastro-intestinaux et surtout de la diarrhée (dans un cas, nous avons vu celle-ci apparaître avec les premiers abcès et persister près de 7 mois). Mais c'est déjà là une complication et ce n'est que dans ces cas que l'on voit les courbes thermométriques s'élever et l'état général s'aggraver.

Dans certaines régions, ces abcès prennent quelques caractères particuliers. Ainsi au cuir chevelu, il se produit parfois de vastes décollements allant même jusqu'à l'os ; ou bien ils restent longtemps fistuleux à cause de la disposition anatomique des parois de l'abcès. A la nuque, au cou, ils déterminent une réaction intense du côté des lymphatiques et souvent un grand placard de lymphangite produit de la gêne dans les mouvements du cou et même du torticolis. Il en est de même pour les ganglions ; les œdèmes sont fréquents, suppurent et donnent naissance à d'énormes adénophlegmons. Aux fesses, ils se détachent sur un fond très rouge.

b) *Formes cliniques.* — Telles sont les différentes formes que présentent ces abcès, mais le plus souvent elles évoluent simultanément chez le même malade. Aussi une classification clinique ne pourra-t-elle se baser ni sur le *pronostic* et étudier une forme bénigne et une forme grave, car ces abcès ne sont graves que par les complications qui surviennent et l'on ne sait dans quels cas celles-ci se produisent ; ni sur la *durée* de l'affection et étudier une forme aiguë et une forme chronique : l'évolution en est trop capricieuse pour lui assigner un temps déterminé. Nous pensons nous conformer davantage à la clinique en les divisant en *forme discrète* et forme *confluente* : *a*) dans la *forme discrète*, tout se borne à quelques vésico-pustules ou à un ou deux abcès profonds, on peut assister à de petites poussées successives mais peu intenses. Négligée, il n'est pas rare de la voir se transformer en la suivante : *b*) *Forme confluente* : elle est dite alors *forme confluente consécutive* pour l'opposer à la *forme confluente d'emblée*. La première est plus fréquente que la deuxième. Chez les deux, abcès superficiels et abcès profonds évoluent simultanément chez le même malade. C'est dans cette forme confluente que l'on voit quelquefois des formes pures à abcès superficiels ou à abcès profonds.

e) *Complications.* — Ce sont elles qui emportent souvent le petit malade Nous laisserons de côté celles qui sont bénignes : *blépharite, conjonctivite, stomatite* ; nous ne citerons que l'*otite*, parfois mortelle, mais assez rare. Nous avons déjà parlé de l'*adéno-phlegmon*. Les plus fréquentes de toutes sont la *gastro-entérite* (depuis les troubles du début, peu graves, jusqu'aux formes convulsive, ou cholérique, ou adynamique, généralement mortelles) ; la *broncho-pneumonie* et la *pyohémie* avec ses abcès métastatiques, qui ne pardonnent pas. Quant à l'ostéomyélite, à l'arthrite suppurée, si fréquentes chez l'adulte, elles n'existent pas chez le nouveau-né.

Pathogénie — C'est là une question qui a été discutée. La peau renferme à l'état normal, parmi ses saprophytes, le staphylocoque ; sous certaines influences celui-ci devient virulent, s'introduit par une solution de continuité de la peau, érosion ou excoriation, ou même, pour quelques auteurs, directement par l'orifice des glandes, y prolifère et produit des collections purulentes. Et suivant le plus ou moins de virulence des germes pyogènes, la pénétration sera plus ou moins grande et ce sera tantôt un abcès superficiel, tantôt un abcès profond. Cette *théorie, essentiellement exogène*, proposée par les Allemands et adoptée par nos auteurs classiques, est par trop exclusive. Plus conforme à la réalité est celle qu'avaient énoncée certains cliniciens français : M. Budin, Mme Henry, MM. Marfan, Demourette. Avec eux, nous pensons, d'après nos observations, que l'étude pathogénique aussi bien que l'étude clinique étaient bien distinctes pour les abcès superficiels et les abcès profonds. Aux premiers seuls la *théorie exogène* s'applique.

Ici, l'accord est unanime et nous n'insistons pas, mais les seconds ne peuvent pas s'expliquer par une pénétration plus profonde des germes. Nous pensons que seule la *voie hématogène* est capable d'amener des germes dans la profondeur du tissu cellulaire sous-cutané. En effet, jamais, en clinique, aussi bien qu'expérimentalement, on a vu ces abcès superficiels se transformer en abcès profonds ; par les différentes expériences faites sur eux-mêmes (Socin et Garre), les auteurs ne sont arrivés qu'à produire des abcès superficiels. De plus, la théorie exogène ne peut expliquer cette généralisation cutanée de l'infection qui se fait parfois d'emblée. La peau, dans ce cas, est saine et il n'y a pas trace de l'introduction des germes. La *théorie hématogène* seule le peut, car dans certaines coupes faites au-dessous des abcès, on a retrouvé les capillaires gorgés d'embolies septiques riches en staphylocoques. Le déplacement de ces petites embolies septiques suffit à expliquer l'apparition des abcès profonds. Mais, disent les adversaires de cette théorie, dans les examens de sang des petits malades, on n'a jamais trouvé de staphylocoques, sauf dans la pyohémie, et dans ce cas l'issue était fatale, ce qui est complètement en désaccord avec la terminaison

heureuse de la staphylococcie sous-cutanée. A cela on peut répondre que la présence dans le sang de germes n'est pas toujours mortelle ; leur absence ne signifie pas qu'ils n'y ont jamais existé, car elle est suffisamment expliquée par la diapédèse intense que subit le staphylocoque. Dès qu'il est dans la circulation, celui-ci, en effet, est éliminé par les organes excréteurs ou sécréteurs ; ne l'a-t-on pas trouvé dans l'urine, la sueur, le lait de malades infectés ? C'est ce qui explique pourquoi on le trouve en abondance dans le sang post mortem, mais en très petite quantité sur le vivant. Son absence dans les fèces n'a pas plus de valeur, car si dans l'intestin certaines réactions chimiques favorisent son développement, il en est d'autres qui le détruisent complètement. Mais comment le staphylocoque peut-il arriver dans la circulation ? Le lieu où doit se faire le plus souvent l'infection est la *bouche*. Elle peut se faire par la *mère* si elle a des crevasses infectées, de la galactophorite et si elle continue néanmoins à donner le sein ; et de fait, la coexistence de cette affection chez la mère et d'abcès chez le nourrisson a été depuis longtemps signalée et nous l'avons très souvent rencontrée. Ou bien par l'enfant lui-même, car c'est une habitude invétérée pour lui de porter souvent à sa bouche ses doigts ou un autre corps quelconque, au moment de la dentition, pour en calmer les douleurs. Or, l'épithélium buccal va être ainsi traumatisé, et les germes apportés à la bouche vont se précipiter par ces portes d'entrée et gagner le courant sanguin par l'intermédiaire du système lymphatique. La fréquence de cette infection buccale n'est-elle pas démontrée par la fréquence des engorgements ganglionnaires de la région sous-maxillaire car les germes ou bien sont arrêtés par la barrière ganglionnaire et y peuvent produire des suppurations : adénites suppurées et adéno-phlegmons, ou bien la franchissent et arrivent dans le canal thoracique et de là dans le courant sanguin, où ils subissent une diapédèse intense et nous les retrouvons dans les capillaires sous-cutanés et cutanés. Et ici, les traumatismes doivent jouer un grand rôle, car il est à remarquer que ces abcès ne surviennent que dans des régions exposées aux compressions, aux frottements et toujours à la région postérieure du corps, où il semble que, par suite du décubitus dorsal, cette région soit gorgée de sang et par suite de staphylocoques. Les capillaires doivent se déchirer et les germes mis en liberté ; n'est-ce pas l'origine de ce sang plus ou moins altéré qui strie souvent le pus.

Le *diagnostic* ne nous arrêtera pas, car il est le plus souvent facile. Les éruptions de varicelle, de pemphigus, de dermatite herpétiforme peuvent simuler certaines formes d'abcès superficiels, mais il est certains caractères qui permettront de les différencier. De même certaines formes d'abcès profonds ressemblent à des gommes syphilitiques ou tuberculeuses ; mais les caractères propres à chacune de ces affections, l'aspect particulier qu'elles impriment au malade et surtout leur *évolution* beaucoup *plus lente* ne permettront pas de les confondre.

Le *pronostic*, le plus souvent, est bénin ; mais il sera réservé si l'enfant mal nourri est déjà anémié et par là moins résistant. Car l'action éminemment cachectisante de cette affection vient ici se surajouter et l'enfant est à la merci de la moindre complication ; — c'est là, pensons-nous, le seul point noir du pronostic.

Traitement. — Il sera double : *prophylactique* et *curatif*. a) *Traitement prophylactique* : Il consistera pour *l'enfant* en une hygiène corporelle rigoureuse : tous les jours, le corps, sans oublier la tête, sera lavé à l'eau tiède et au savon, les langes seront tenus le plus proprement possible et changés très souvent, c'est le meilleur moyen d'éviter la macération de l'épiderme. Après chaque selle, l'enfant sera lavé soigneusement et saupoudré avec le mélange suivant :

Talc........................	}
Sous-nitrate de bismuth......	} ãã
Oxyde de zinc...............	}

de cette façon, à la selle suivante, l'épiderme sera en quelque sorte isolé.

Au moment de la dentition, on redoublera de précautions ; on empêchera l'enfant de porter ses doigts à sa bouche, on lui lavera souvent les gencives avec un collutoire boraté ; si celles-ci étaient trop douloureuses on aurait recours au collutoire suivant :

Glycérine...............	20 grammes
Chlorhydr. de cocaïne....	10 à 20 centigr.
Essence de menthe......	4 gouttes.

et si les douleurs persistent on ferait une légère incision à la pointe du bistouri.

Quant à la *mère*, elle devra surtout éviter les crevasses du sein ; si elle en a, empêcher qu'elles ne s'infectent et pour cela, avant et après chaque tétée, laver les mamelons avec une solution antiseptique ; si l'infection est faite, renoncer à l'allaitement au sein et avoir recours à l'allaitement artificiel au lait stérilisé.

b) Quant au *traitement curatif*, l'*ouverture* de tous les abcès à la pointe fine du thermocautère sera préférée à celle du bistouri, parce que l'ouverture en est moins douloureuse, ne laisse pas de cicatrice ; de plus, avec une ouverture très étroite, on peut pénétrer très profondément ; enfin comme cette dernière met deux ou trois jours à se cicatriser, la collection a le temps de s'évacuer, tandis qu'avec le bistouri l'incision se referme aussitôt et une seconde est quelquefois nécessaire. Puis, tous les deux jours, on fera prendre un bain au sublimé au 1/1500 d'une durée de 20 minutes. L'intoxication hydrargyrique n'est pas à craindre avec une solution aussi faible. Enfin on appliquera sur tous les abcès ouverts un pansement stérilisé qu'on renouvellera tous les jours. Dans les formes vésiculeuses pures, on se contentera de faire prendre quelques bains au sublimé et de saupoudrer les régions atteintes avec le mélange indiqué plus haut. L'état général ne sera pas négligé ; on soutiendra le petit malade, on surveillera l'alimentation qui laissait à désirer comme qualité et comme quantité ; les tétées seront régularisées comme fréquence. S'il y avait de l'élévation de température, on donnerait un peu de quinine à la dose de 10 à 20 centigrammes contre l'agitation nocturne qui est très fréquente, on donnera tous les soirs le lavement suivant :

Hydrate de chloral....	10 à 12 centigr.
Bromure de potassium.	2 à 3 centigr.
Eau distillée.........	5 grammes.

à prendre dans 10 grammes de lait.

Contre la diarrhée, diète hydrique de 24 heures. Le lendemain, calomel (1 centigr. par mois d'âge). On peut en donner une fois par semaine pendant toute la durée de l'affection ; ce médicament, bien toléré par les enfants, a le double avantage d'être un évacuant et de

*

faire une antisepsie assez marquée. Dans les formes cholériques : lavement de sérum et réchauffer le petit malade par tous les moyens. Contre la toux : bains ou enveloppements sinapisés, etc.

SYPHILIGRAPHIE

Gingivite syphilitique simulant la stomatite mercurielle ; guérison par le traitement hydrargyrique (1).

Par le Dr F. **BURET.**

Il nous a été donné d'observer, depuis des années, chez les syphilitiques, aussi bien chez ceux qui ne prenaient pas de mercure que chez les malades en traitement — une érosion toute spéciale du bord libre des gencives, très superficielle, sensible au contact sinon douloureuse, qui nous a paru relever de la syphilis et non de l'hydrargyre. Aussi n'avons-nous pas hésité à lui donner un nom, celui de *stomatite syphilitique*, ne l'ayant vue signalée nulle part, à notre connaissance du moins. (2) Chez les malades qui n'avaient jamais absorbé de mercure, ce dernier ne pouvait évidemment pas être invoqué comme cause étiologique ; mais il était permis de croire à une variété de stomatite ulcéro-membraneuse : l'absence de pellicule épaisse, de gonflement des gencives et de cette odeur infecte si caractéristique, le peu d'étendue de la lésion, qu'il faut presque deviner dans certains cas, une dentition superbe et une bouche bien tenue, nous ont autorisé à penser qu'il ne s'agissait pas de cette affection.

Notre attention étant éveillée, nous avons pu remarquer les mêmes phénomènes chez des malades en traitraitement par le mercure, et, dans ces cas-là encore, ce n'était pas la stomatite mercurielle classique. Dans d'autres cas, où la gingivite, présentant des caractères identiques à ceux de la stomatite mercurielle classique — sauf la salivation — revenait à intervalles plus ou moins éloignés chez des malades qui avaient suspendu depuis de longs mois le traitement mercuriel, nous avons été amené à soupçonner une manifestation purement syphilitique. En voici deux exemples qui nous paraissent suggestifs à cet égard.

Observ. I. — M. J..., que nous soignons depuis deux ans et demi pour une syphilis particulièrement sévère, n'avait pas repris son traitement mercuriel depuis 14 mois à cause d'une gingivite ulcéreuse qui reparaissait tous les trois mois environ et durait 6 ou 7 semaines. Je le croyais enfin débarrassé lorsque, vers la fin de mai dernier, il revenait me montrer une gingivite occupant la moitié gauche de la mâchoire inférieure. Cette nouvelle poussée ulcérative était certainement moins importante comme lésion et moins étendue que les précédentes, mais elle s'accompagnait de symptômes pénibles encore plus prononcés. C'étaient des douleurs continues et exaspérantes, gênant la mastication et empêchant le sommeil. Le chlorate de potasse resta impuissant ; seules, les cautérisations avec la solution d'acide chromique au 1/20 amenèrent un léger soulagement. Le malade était désespéré et moi déconcerté. Je commençais à trouver bizarres ces récidives de stomatite douloureuse chez un malade qui ne prenait plus de mercure depuis de longs mois : j'avais tout lieu de penser qu'après un an, ce métal avait de grandes chances pour être complètement éliminé. Et cependant c'était bien le tableau clinique de la stomatite mercurielle que nous connaissons. Aucun point de ressemblance avec l'ulcéro-membraneuse, et ajoutons-le, *pas de salivation*.

L'idée de gingivite d'origine spécifique, que je n'avais encore entrevue qu'à l'état d'hypothèse, prit corps dans mon esprit et commença à me hanter. Jusque-là, j'en admettais bien l'existence, en tant qu'érosion insignifiante du bord libre des gencives, mais j'étais loin de supposer que je pourrais un jour être amené à établir le diagnostic différentiel entre la *stomatite mercurielle* et la *stomatite syphilitique*. Je fis part de mes réflexions à mon malade, qui est un garçon intelligent et entra dans mes vues. « Si j'osais, lui dis-je, je vous remettrais au traitement mercuriel : en cas de guérison, ma conviction serait faite.

— Osez, docteur, me répondit-il. Je souffre tellement que je peux risquer l'expérience : un peu plus, un peu moins...! Il est très possible que vous ayiez raison. — D'autant plus, ajoutai-je, qu'au moindre signe d'aggravation, il nous est facile de suspendre tout traitement. — Evidemment. »

Or, le 28 juin 1901, ce malade reprenait ses deux centigrammes de sublimé par jour, non pas pour ses accidents syphilitiques classiques, qui avaient provisoirement disparu, mais bien contre sa stomatite douloureuse qui résistait à tous les moyens habituels, chlorate de potasse et cautérisations.

1er juillet. — La sensation de brûlure mordicante a disparu pour faire place à une petite gêne très supportable. L'aspect général n'est nullement modifié. Pas de salivation. Le malade est enchanté de ce résultat : moi aussi, mais à un point de vue différent. Je n'étais pas sans inquiétude sur les suites de l'expérience, car je m'avouais bien qu'il était plutôt hardi de soigner une stomatite par le traitement mercuriel. Toutefois, j'avais présente à l'esprit l'intéressante communication de M. Loup à la Société de Médecine de Paris (1), où l'auteur déclarait que la stomatite mercurielle, guérissait rapidement par les bains de bouche *au sublimé*, cette affection se développant surtout dans les bouches mal tenues, excellents terrains de culture pour les microbes. De là à ne plus voir dans l'hydrargyre qu'une cause occasionnelle, il n'y avait qu'un pas. M. Loup tend à ne reconnaître que des stomatites microbiennes, ce qui est déjà un progrès — théorie trop absolue toutefois, le rôle du mercure étant indéniable dans bien des cas — mais le distingué Professeur de l'École Dentaire de Paris n'a pas songé à la possibilité d'une stomatite, accident de la syphilis, se développant en dehors de toute intoxication ou de toute localisation de produits septiques.

3 juillet. — L'amélioration continue. L'érosion est cantonnée maintenant au collet de deux incisives. Le malade a encore éprouvé la nuit dernière quelques douleurs fugitives, mais insignifiantes en comparaison de celles qu'il endurait huit jours auparavant.

6 juillet. — L'amélioration persiste.

9 juillet. — Les douleurs ont complètement disparu.

12 juillet. — Nous revoyons le malade, qui se déclare parfaitement guéri. Nous avons donc obtenu en 15 jours, par le traitement hydrargyrique, la guérison d'une stomatite crue jusqu'ici d'origine mercurielle et qui, à chaque récidive, résistait au traitement classique par le chlorate de potasse pendant 6 ou 7 semaines. Nous partons en voyage en lui souhaitant bonne chance.

3 septembre. — Le malade nous raconte que, pendant notre absence, vers le 25 juillet, il a été repris de sa stomatite, laquelle fut toutefois moins douloureuse que la précédente. Instruit par l'expérience, il s'empressa de reprendre ses pilules dont il avait cessé l'emploi. La guérison fut obtenue en 5 jours, et s'est maintenue depuis. Sera-t-elle définitive ? il est permis de le supposer maintenant, puisque rien n'a reparu. En tout cas, nous connaissons le moyen d'avoir rai-

(1) Communication faite à la *Société de médecine de Paris*, séance du 12 oct. 1901). Voir *Progr. méd.*, n° 42, page 240.)

(2) A vrai dire, les ulcérations syphilitiques de la muqueuse buccale sont connues, mais sous le nom de plaques muqueuses de la bouche : or, la gingivite de même origine n'a jamais été décrite. Si nous l'appelons *stomatite* et non *gingivite syphilitique*, c'est par opposition à la stomatite mercurielle : cette dernière peut parfois présenter des ulcérations étendues de la face interne des joues, mais elle se borne le plus souvent à une gingivite.

(1) A. Loup. — *Considérations sur le rôle de l'hydrargyre dans la stomatite mercurielle* (séance du 28 janv. 1900).

son vivement de cette stomatite si elle faisait sa réapparition.

Obs. II. — Marie X...., âgée de 21 ans, que nous soignons depuis 3 ans pour une syphilis classique, n'a pas pris de mercure depuis huit mois. Elle vient, le 12 juillet 1901, nous montrer une stomatite indéniable, caractérisée par la turgescence habituelle des gencives (couleur rouge framboise), un peu de salivation et de la fétidité de l'haleine. Pas d'accident syphilitique visible. Douleurs cuisantes au bord libre des gencives. Dents excellentes et superbes. Encouragé par l'exemple précédent, nous prescrivons 2 centigrammes de sublimé par jour.

16 juillet. — La malade, que nous rencontrons, nous signale une amélioration sensible.

25 septembre. — Nous revoyons notre malade, qui se déclare guérie ; et, de fait, tout signe de gingivite a disparu. Les symptômes fâcheux se sont amendés en 25 jours : par précaution, elle a continué l'usage de ses pilules pendant un mois encore, ce qui a fait sept semaines de traitement mercuriel.

Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, rien d'anormal ne nous a été signalé.

Que conclure, si ce n'est que nous avons eu affaire à des lésions d'origine spécifique ? Il n'est pas dans les habitudes de l'hydrargyre d'occasionner une stomatite 8 et 14 mois après qu'on en a cessé l'emploi ; et je ne sache pas non plus qu'une stomatite mercurielle ait jamais cédé sous l'influence du traitement par le sublimé pris à l'intérieur. Tout esprit non prévenu est donc forcé de voir, dans le cas de nos deux malades, une gingivite d'une nature particulière, très certainement syphilitique, puisque le mercure la guérit, et cela en vertu du vieil adage qui sera la conclusion de notre travail : *naturam morborum ostendunt curationes.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Détails de l'observation du Président Mac Kinley d'après les journaux médicaux américains.

(*Suite et fin.*)

J'ai dû, pressé par le temps, clore mon dernier Bulletin sans avoir pu aller au-delà de ce qui concernait la première phase de l'observation, c'est-à-dire la phase opératoire. Ce retard me contrariait d'abord, mais je m'en félicite aujourd'hui, car il me permet d'utiliser un certain nombre de documents nouveaux, puisés dans des journaux plus récents, et grâce auxquels la revue que j'ai entreprise pourra être plus complète. En revanche, il est vrai, le surcroît de travail de dépouillement, qui m'est arrivé tardivement avec ces nouveaux journaux, ne m'a pas permis de terminer ce travail aussi promptement que je l'avais pensé, et je n'ai pu, par ce fait, en donner la fin dès le numéro suivant comme j'avais cru pouvoir l'annoncer.

Avant d'aborder l'examen de la seconde phase du cas, c'est-à-dire des suites de l'opération, arrêtons-nous sur quelques points qui se rattachent plus particulièrement à l'acte opératoire lui-même. On a reproché aux opérateurs d'avoir fait une *opération incomplète*. Dans son article du 27 septembre, intitulé « Révélations de l'autopsie », le *Medical Record* dit :

« .... Aujourd'hui, nous constatons, pièces en main, que l'intervention, si bien réglée qu'elle ait été, ne fut qu'une opération incomplète.

Un peu plus loin, il rappelle que les bulletins

... n'accusaient de crainte qu'au sujet de la possibilité d'une péritonite à la suite de l'épanchement des matières alimentaires par les perforations stomacales »,

et donnaient à penser que

... la balle, logée dans les muscles lombaires, était enkystée et inoffensive.

Puis, plus loin encore, il revient en termes très vifs sur ce point :

« .... Ce bon état de la plaie stomacale, que proclamaient tous les chirurgiens, était un leurre et un mensonge. Ce qu'on considérait comme une futilité était au contraire le pivot de la question ; et l'autopsie démontrait non pas l'enkystement de la balle et son trajet cicatrisé, mais une gangrène diffuse. Voilà la formidable erreur de diagnostic dans laquelle on a entretenu un peuple anxieux et indigné.

L'auteur de l'article ne met pas en question, d'ailleurs, l'expérience et l'habileté de l'opérateur ; il reconnaît que

..... dans les conditions qui se sont présentées, l'examen plus prolongé et la recherche du projectile devenaient impossibles.

Mais il

..... ne s'explique pas pourquoi certaines personnes de l'entourage se sont montrées si rassurées sur la nature exacte d'une blessure dont elles ignoraient la gravité.

Le *Medical News* dit qu'après la recherche prolongée et infructueuse de la balle, c'eût été une imprudence d'insister davantage, alors qu'il y avait une heure et demie déjà que le blessé était sous l'anesthésie. Le *Journal of the American medical Association* exprime un avis semblable :

L'autopsie montre que l'on a fait preuve d'un bon jugement en ne prolongeant pas la recherche de la balle.

Opération incomplète, soit ; c'est incontestable, mais opération laissée incomplète par cas de force majeure, et non faite telle de propos délibéré. On a fait tout ce que l'on a pu, non tout ce que l'on a voulu, et l'on s'est arrêté au moment où il a paru que l'insistance deviendrait de l'imprudence. C'est l'hypothèse que j'avais faite au début de cette revue, avant renseignements suffisants sur le cas, et l'on voit, d'après ce qui précède, que je ne suis pas seul à penser que nos confrères ont sagement agi en ne s'acharnant pas quand même à la recherche du projectile et de son trajet, surtout alors qu'en l'absence de tout indice de blessure d'organes importants en arrière de l'estomac, on était amené à penser que la balle était allée se perdre simplement dans les masses musculaires postérieures, où elle pourrait s'enkyster et rester indifférente. C'était là une chance favorable sur laquelle on pouvait peut-être compter dans une certaine mesure, et dont on a pu pendant quelque temps espérer la réalisation ; mais nos confrères américains savaient aussi tout l'aléa que comportait l'abandon de la balle et de son trajet, leur insistance sur le temps de recherches, soutenue jus-

qu'aux limites que leur imposait la prudence, en est une preuve manifeste, et s'ils ont accepté cet aléa, ce n'a point été parce qu'ils en ont méconnu l'importance, c'est parce que les circonstances ne leur ont point permis de l'éliminer ou de l'atténuer.

La question de *drainage* est soulevée dans le *Medical Record* :

....Puisque la balle était logée dans la masse sacro-lombaire et difficile à extraire. il eût été rationnel. chirurgicalement. de drainer par la voie la plus directe. Mais le trajet n'était pas connu. et la balle siégeait on ne savait où. comme le montre la relation clinique.

Il est évident que, dans ces conditions, si convaincu que l'on pût être de l'utilité du drainage, force était bien de renoncer à y recourir. Nous ne nous arrêtons donc pas davantage sur ce point.

Mais, a-t-on dit encore, puisque l'on ne trouvait pas le projectile par les moyens ordinaires, pourquoi n'a-t-on pas demandé secours à la *radioscopie* ? On en a parlé. au début, de façon à faire croire que l'on n'a pas eu sous la main de suite le matériel nécessaire pour faire l'examen radioscopique dès les premiers moments. Le *Medical News* nous apprend que, la question de radiographier le blessé pour localiser la balle ayant été posée ultérieurement,

le Président s'opposa à de nouvelles manœuvres tant que la balle ne manifesterait pas sa présence par des signes d'inflammation. Aussi la radiographie fut-elle ajournée à la convalescence.

Le *Journal of the American medical Association* nous donne l'explication suivante :

En écartant (declining) l'emploi ultérieur des rayons X.. nonobstant l'anxiété générale relativement à la situation exacte de la balle, les chirurgiens ont été judicieusement passifs et ont suivi les enseignements des plus grands chirurgiens militaires. Une seconde anesthésie et une opération pour l'extraction d'une balle de calibre 32 dans les muscles du dos. eût été. dans la circonstance. non seulement injudicieuse. mais blâmable.

Le *British medical Journal* (n° du 21 septembre), dans un intéressant article, auquel j'emprunterai tout à l'heure sa conclusion pour en faire celle de ce bulletin, soulève la question de savoir si une *résection des parties contuses* de l'estomac n'aurait pas pu assurer mieux le succès de la suture ; mais il n'insiste pas faute de détails. L'autopsie nous montre que les sutures ont bien tenu, et l'étendue de la gangrène, aussi bien au pourtour des plaies stomacales que tout le long du trajet de la blessure, son origine, mieux déterminée maintenant, permettent, je crois, d'éliminer résolument toute relation de cause à effet entre le mode de suture employé (sans résection préalable et les accidents gangreneux survenus à l'entour des sutures stomacales.

Passons à la seconde phase du cas, la phase des suites de l'opération.

Les bulletins de santé sont connus de tout le monde et plus ou moins présents à la mémoire de quiconque en a suivi quelque peu attentivement la publication ; il me paraît inutile de les reprendre pour essayer d'en commenter quelques détails, qui viendront d'ailleurs à leur tour plus loin, dans la revue des opinions émises sur la pathogénie des accidents. On les a taxés d'optimisme excessif dans les premiers jours, et les citations que nous avons données plus haut d'un article du *Medical Record* sont un spécimen du caractère acerbe de certaines de ces critiques, les seules, du reste, de cette note que nous ayons rencontrées dans les journaux dont nous avons fait le dépouillement.

Le *Medical News* (n° du 21 septembre) se montre beaucoup plus modéré et en même temps beaucoup plus juste dans ses appréciations sur ce sujet :

...Les chirurgiens. dit-il. ont été blâmés avec trop peu de réserve (too freely blamed) pour leurs bulletins optimistes. Leurs désirs peuvent avoir obscurci leurs meilleurs jugements. Il est toujours facile d'être judicieux après coup. Le jeudi. 9 septembre. à midi. le pouls du Président était à 104 et sa température au-dessous de 100° F. Cela constituait certainement une très encourageante condition d'état après le shock que le patient venait de subir. Il y avait là toute raison de penser que le danger d'infection était passé. L'issue fatale fait bien ressortir (emphasizes) la nécessité qu'il y a toujours de garder la plus grande circonspection dans le pronostic. quand les patients sont avancés en âge au-delà de la moitié de la vie. Le cas actuel. toutefois. présentait des éléments si complètement insolites. qu'aucune prévoyance humaine et même la plus grande prudence (caution) n'eût pu prévenir le triste désappointement qui a suivi.

Le *New York med. Journ.* (21 septembre) dit que les chirurgiens ont été parfaitement sincères dans leurs bulletins, signés d'eux tous.

Le *Journal of the American medical Association* discute longuement les critiques relatives à l'optimisme « supposé » des bulletins. Il dit que les chirurgiens traitants ont dû décliner la responsabilité de ce qui s'est publié dans les journaux avant et après la mort du Président (nous reviendrons un peu plus loin sur cette protestation) ; que

... le Dr Rosswel Park a démenti. le jeudi matin. veille de la rechute. un article antérieur de journal. où il était mis en cause comme ayant exprimé une croyance à la guérison certaine du Président :

que d'autres chirurgiens de Buffalo ont eu à se défendre de même propos qui leur étaient prêtés dans les journaux ; que

... les Drs Mann et Park. nous le tenons de source certaine. ont affirmé qu'à aucun moment ils n'avaient été exempts d'anxiété. et il est probable que l'on peut en dire autant des autres. avec une exception possible.

Les chirurgiens devraient être tenus pour responsables pour les bulletins officiels qu'ils ont signés. et pour ceux-là seulement. Ces bulletins ne montrent pas l'expression d'une absolue confiance dans la guérison. Bien plus. la fréquence persistante du pouls indiquait aux membres de la profession que tout n'allait pas comme il aurait fallu. Nous ne voyons donc pas de raison pour la critique sur ce point... etc.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet, les citations que nous venons de faire nous paraissant amplement suffisantes pour donner la note moyenne, calme et juste, des appréciations sur les bulletins, au moins dans les journaux que nous avons dépouillés, exception faite de l'article du *Medical Record* dont nous avons donné plus haut quelques extraits.

Le *Boston medical and surgical Journal* s'exprime ainsi :

... Puisque tout est dit, il faut franchement avouer que le cas était obscur en sa marche clinique, que les constatations d'autopsie étaient inattendues, et que l'expérience antérieure au sujet des blessures de l'estomac n'assurait pas une correcte interprétation des symptômes cliniques. Les médecins traitants ont été absolument consciencieux dans leurs efforts et sincères dans leur croyance en une issue favorable. Tout ce qui peut en bonne justice être dit dorénavant, c'est qu'ils furent faillibles, humaine infirmité dont nous, comme médecins, sommes malheureusement loin d'être exempts.

Dans un autre passage du même article, il proteste énergiquement contre les insinuations qui se sont produites à l'égard de la sincérité des bulletins. Les médecins,

de très haute réputation et de très large expérience,

qui les ont signés, y ont traduit en un langage compréhensible pour tous l'état exact du cas jour par jour ; ils ont exprimé dans ces bulletins ;

... la condition générale des évènements (affairs) de jour en jour, telle qu'elle était reconnue d'accord entre tous les chirurgiens consultants, il n'y a pas à en douter.

Quant à un soupçon quelconque de dissimulation et de prévarication,

c'est une supposition qu'il suffit de mentionner pour la repousser aussitôt (is a supposition, wich needs only to be mentionned to be dismissed). »

Voilà comment est jugé, expliqué et apprécié en Amérique, et par des collègues compétents, le prétendu optimisme des bulletins ; voilà comment là-bas on crosse avec mépris l'hypothèse répugnante d'un optimisme de commande. Il est triste de penser qu'inversement il s'est trouvé chez nous un confrère pour ramasser cette odieuse insinuation, et j'estime qu'il est bon de ne pas laisser passer la chose sans la relever comme il convient. Le Dr Z., dans son violent article de l'*Echo de Paris* (c'est par un lapsus de mémoire que j'avais écrit : de l'*Eclair*), cité dans mon second bulletin, n'a pas craint d'écrire cette phrase : « Si les télégrammes optimistes qui ont été transmis au monde entier ne cachaient pas un coup de Bourse véritablement américain, il faut croire que les médecins qui entouraient le Président avaient tous perdu la tête. » Un médecin eût dû être le dernier à envisager, le dernier à formuler, même sous forme dubitative, une hypothèse de ce genre ; une insinuation pareille non seulement est injurieuse pour les confrères qu'elle vise, mais elle éclabousse du même coup le corps médical tout entier, y compris son auteur ; et elle donne une piètre idée de sa façon d'entendre et de pratiquer la confraternité professionnelle : nous regrettons pour lui qu'il n'ait pas su le comprendre.

Voyons maintenant l'*autopsie*. C'est au *Journal of the American medical Association* que nous empruntons les détails qui vont suivre. Nous laisserons de côté ce qui concerne la blessure de la poitrine, qui n'avait, nous le savons déjà, qu'une importance tout à fait secondaire. Au contraire, nous croyons bon de ne pas résumer seulement, mais de traduire textuellement tout ce qui a trait à la blessure de l'abdomen.

A l'ouverture de l'abdomen, dont la paroi était épaisse de 2 1/2 à 3 pouces, l'épiploon (omentum) fut trouvé adhérent au pourtour de la plaie opératoire. Cette plaie était longue de cinq pouces, étendue suivant la direction du muscle (extended down to the muscle), et elle était saine en apparence, sans traces de gangrène. L'omentum était sain et il n'y avait pas de signes de péritonite. Les intestins étaient lisses et luisants (smooth and shiny), sans adhérence ni exsudats. Le mésentère du côlon transverse était adhérent à la blessure de l'estomac. Après libération de ces adhérences, les sutures des plaies des parois antérieure et postérieure de l'estomac furent trouvées serrées et non dérangées, ne permettant aucun épanchement.

Autour des sutures, néanmoins, il y avait une zone de gangrène totale de la paroi de l'estomac, de deux pouces de diamètre environ et en voie d'élimination (ready to slough). Un semblable état gangreneux fut constaté à la face opposée et sur le mésentère du côlon transverse qui y adhérait, la nécrose s'étendant dans l'épaisseur de la tête du pancréas.

Au delà de la plaie de la paroi postérieure de l'estomac, on constata que la balle avait passé à travers le mésocôlon transverse, près de son insertion, et ensuite à travers le feuillet postérieur du péritoine, creusant un sillon dans l'extrémité supérieure du rein gauche et pénétrant dans le tissu adipeux rétro-rénal. Tout le trajet de la balle présentait l'apparence d'une cavité gangréneuse, la gangrène dans le tissu rétro-rénal étant du volume d'un poing. De ce point, la balle a passé dans le tissu musculaire postérieur et n'a pu être retrouvée, malgré une recherche attentive faite pendant quatre heures.

Le cœur était peu volumineux, couvert et infiltré de graisse, et ses parois musculaires étaient amincies. Une petite quantité de sérosité jaune trouble fut trouvée dans la cavité péricardique, mais il n'y avait ni signes de lésion du cœur, ni traces de péricardite. Les reins étaient quelque peu contractés, mais tous les autres organes étaient normaux.

La nécropsie montre que la mort a été la conséquence d'une infection due à la gangrène résultant de la blessure, et qu'elle était inévitable. Si le Président eût vécu 24 heures de plus, la surface gangreneuse autour de l'estomac se serait détachée (sloughed), et la mort fût survenue par péritonite diffuse.

Le résultat de l'opération, aussi loin qu'elle avait été poussée (so far as it went), était parfait. Il n'y avait pas de péritonite : on n'a trouvé aucune parcelle d'aliments en dehors de l'estomac : mais la nature n'a pas fait effort pour la réparation des lésions.

Arrivons aux *théories pathogéniques* diverses qui ont été examinées par nos collègues de la *Presse médicale américaine et anglaise*.

La large cavité à parois gangréneuses trouvée à l'autopsie en arrière de l'estomac contenait une quantité de *suc pancréatique*. Le *New-York Med. Journ.*, après avoir donné ce détail (renseignements attribués au Dr Mann), dit que le pancréas n'avait évidemment pas été blessé, et que si le liquide épanché était bien du suc pancréatique, cet épanchement a dû résulter plutôt de la gangrène que du traumatisme. On a, d'autre part, mis en avant, comme cause des lésions gangreneuses insolites trouvées à l'autopsie sur tout le pourtour du trajet de la balle, l'action du *suc pancréatique extravasé*, bien qu'aucune lésion pancréatique n'ait été constatée pendant l'opération. « Le *Boston medical and surgical Journal*, dans un court article intitulé : *Pancreatitis as a cause of President's M. Kinley death*, s'exprime ainsi :

Il est certain que l'on n'a pas observé de blessure du pancréas pendant l'opération sur l'estomac, mais une telle lésion n'était pas essentielle pour entraîner la désorganisa-

tion ultérieure du pancréas et l'extravasation de ses sécrétions. Une pancréatite aiguë secondaire peut très bien expliquer les modifications pathologiques observées *post mortem* dans cet organe lui-même et le long du trajet de la blessure faite par la balle.

Le *New-York med. Journ.* soulève la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'accorder à la *blessure du rein gauche et de la capsule surrénale* coresponpante une part d'influence au point de vue de l'abaissement de la vitalité des tissus et du développement de la gangrène. Le *Medical News* envisage aussi cette même hypothèse.

On a cru un instant pouvoir incriminer, comme cause occasionnelle ou déterminante des premiers accidents alarmants, l'*alimentation solide prématurée*, ou un certain degré de *toxémie intestinale*, soupçonnée un moment à la même époque. Mais, en face des symptômes ultérieurs et des résultats de l'autopsie, il n'y a pas à s'attarder à l'examen de ces suppositions.

Il y aurait eu, a-t-on dit :

... Un degré insignifiant d'*hématurie* de courte durée, mais pas assez pour indiquer une lésion rénale véritablement sérieuse » (*N. Y. med. J.*)

La lésion rénale ne semble pas, du reste, avoir sensiblement préoccupé nos confrères de la *Presse médicale américaine*, quoique, pourtant, on puisse, ce me semble, se demander si les sécrétions qu'elle a dû fournir n'ont pas eu leur part dans la genèse des lésions gangreneuses rétro-rénales et rétro-stomacales.

Le *petit abcès pariétal* qui, le mercredi matin, a obligé les chirurgiens à lever le pansement et à faire sauter quelques points de suture, paraît n'avoir été qu'un incident sans importance réelle. La collection purulente ainsi évacuée siégeait uniquement dans le tissu graisseux de la paroi abdominale, et paraissait imputable au fait de la pénétration d'un fragment de vêtement dans le trajet pariétal, fait qui, on se le rappelle, avait été constaté au cours du premier temps de la laparotomie (*Med. News*).

Le *Medical News* dit « que les modifications du pouls et de la température enregistrées 48 heures après l'opération, et qui n'étaient pas sans donner de grandes inquiétudes, — semblent avoir été causées par trois facteurs principaux : 1° le shock au moment de l'attentat ; 2° le shock qu'entraînaient les manœuvres opératoires sur l'estomac et les intestins ; et, 3° les perturbations nerveuses que les recherches dans l'abdomen occasionnaient du côté du plexus solaire. Le Dr Mann se montrait particulièrement inquiet de ce dernier phénomène.

D'autres se sont demandé s'il n'y avait pas lieu d'incriminer le *tabagisme* comme susceptible d'avoir été pour quelque chose dans l'état du cœur, car le Président était fumeur, et dans l'article déjà cité du *British Medical Journal*, le rédacteur dit que cette hypothèse n'était pas de nature rassurante.

Il n'y a pas eu de signes de *péritonite*, et l'on a vu qu'en effet, en dehors du foyer gangreneux rétro-stomacal, le péritoine a été trouvé sain à l'autopsie. Et l'absence de signes de péritonite, corroborée à un certain moment par un examen du sang d'où l'on a cru pouvoir conclure à l'absence de septicémie a dû, avec l'ensemble de conditions générales du blessé, être pour beaucoup dans les espérances que l'on a conçues, jusqu'à l'époque où les accidents terminaux ont brusquement éclaté, pour aboutir bientôt à la catastrophe finale. Celle-ci, d'après le cortège des symptômes ultimes annoncés par les bulletins, était manifestement le fait d'une septicémie péritonéale ; les renseignements ultérieurs ont précisé les lésions anormales, inattendues, impossibles à prévoir et à diagnostiquer, qui ont été le point de départ de cette septicémie.

Le phénomène dominant, dans cette triste fin, a été le collapsus, que nous avons tous reconnu de suite derrière l'affaiblissement du cœur, dont les bulletins nous signalaient coup sur coup le début, et les foudroyants progrès. Mais ce n'est peut-être pas seulement pour indiquer le collapsus final en des termes compréhensibles pour tous que nos confrères américains ont parlé d'affaiblissement du cœur, et d'après ce que nous savons maintenant, comme d'après quelques renseignements qui vont suivre, nous devons penser que cet expression correspondait à des inquiétudes qu'ils avaient, pendant toute la durée de la maladie, conservées à l'égard de l'état du cœur.

L'état général du Président Mac Kinley avant la blessure a été l'objet des préoccupations de nos collègues de la presse américaine ; mais on ne semble encore que bien imparfaitement édifié sur ce chapitre.

Le défunt Président, nous dit le *Medical News*, n'était pas diabétique, mais depuis quelque temps une condition anormale de ses reins avait tout au moins été soupçonnée. »

— La vitalité du Président était faible (low), ce qui était dû probablement à sa vie sédentaire, non associée à beaucoup d'exercice physique, d'où le défaut complet des processus réparateurs, avec lesquels les chirurgiens doivent toujours largement compter... » (*Boston medical and surgical Journal*).

On a fait encore, et à juste raison, entrer son âge, 58 ans, comme facteur défavorable dans le bilan de ses moyens de défense organique. Rappelons enfin qu'à l'autopsie on a trouvé le cœur peu volumineux, à parois minces, infiltré, et couvert de graisse.

Deux choses m'ont particulièrement frappé dans les divers articles que nous avons dépouillés : d'abord l'unanime sentiment de haute estime et d'entière confiance exprimé à l'égard des chirurgiens et médecins qui ont eu le périlleux honneur d'être appelés à soigner le Président Mac Kinley ; et, ensuite, la réserve et la modération, aussi sages que courtoises, que les rédacteurs, à une exception près, ont apportées dans l'appréciation des faits dès maintenant bien connus, et dans l'examen des hypothèses qui pouvaient être soulevées à propos de quelques points encore insuffisamment connus dans leurs détails. Cela console et repose agréablement des racontars et des commentaires hâtifs, plus ou moins dénués de fondement, et presque toujours malveillants, qui, à la suite de semblables catastrophes se répandent et se propagent dans le public incompétent par la voie de la grande presse, et que certains confrères ont eu le tort de favoriser en allant faire leur partie dans le concert des cliniciens du boulevard et des oracles omniscients du journalisme politique.

Il faut croire qu'en Amérique les racontars de presse,

les clabauderies et les attaques ont atteint un degré excessif, car les chirurgiens et médecins du Président ont cru devoir se défendre par une déclaration commune, que nous trouvons dans le numéro déjà cité du *Journal of the med. Association* (21 sept). Dans cette déclaration, ils protestent contre les bruits que l'on a répandus de dissentiment entre eux, démentent les reportages dans lesquels on les a mis en cause et présentés comme s'étant critiqués l'un l'autre, affirment

> qu'une harmonie peu commune d'opinion et d'action a régné entre eux pendant toute la durée du cas ;

et déclinent toute responsabilité des interviews qu'on pourra leur attribuer jusqu'à l'achèvement et la publication du rapport officiel complet.

Le *New-York med. Journ.* du 28 septembre annonce que le rapport officiel sur le cas paraîtra probablement d'ici peu de jours. Il complètera les détails encore obscurs d'un cas clinique retentissant par la personnalité de la victime et par les circonstances tragiques de son origine et de son évolution, et l'on pourra en reprendre, l'étude en pleine connaissance de cause, entre gens du métier, avec un calme difficile dans les jours de première émotion. Mais d'ores et déjà, de par ce que nous savons, nous pouvons prévoir que cette étude ne fera que préciser les traits d'une sombre observation, sans rien changer à l'appréciation générale que nous en pouvons faire maintenant. Blessure d'une si terrible gravité que, même chez un homme en pleine jeunesse et en pleine force, même traitée dans tous ses détails de la façon la plus compétente et la plus complète, elle n'eût laissé que de faibles chances de guérison ; opération forcément incomplète, mais parfaite dans ce qu'elle a pu être ; premières phases du traitement évoluant de telle sorte qu'elles ont encouragé de plus en plus l'espoir de la guérison ; puis, une surprise de clinique, impossible à prévoir et à conjurer, et que bientôt, par des lésions inattendues, impossibles à diagnostiquer, au dessus de toutes ressources de l'art, est venue expliquer une surprise d'autopsie. Tout cela, en dépit de la science, de l'habileté, du dévouement des chirurgiens et médecins traitants. C'est depuis longtemps la triste histoire d'hier, et ce sera longtemps et toujours la triste histoire de demain, dans nombre de cas de ce genre. Nos confrères américains ont été sans peur au moment de l'intervention première ; j'ai la ferme conviction que l'examen du détail des faits démontrera qu'ils ont été aussi sans reproche. Et comme je l'ai annoncé, j'emprunterai sa conclusion à l'article déjà cité du *British medical Journal*, pour dire avec lui, en traduisant un peu librement le second membre de sa phrase : « Le succès dans un pareil cas eût été un triomphe, (but defeat is not disgrace) mais dans la défaite l'honneur chirurgical reste sauf. »

D[r] Ch. H. Petit-Vendol.

Société de médecine de Versailles. — Il vient de se fonder à Versailles, sous le nom de Société de médecine de Versailles, une réunion des médecins civils et militaires de la ville et des environs, dans le but de discuter les questions d'ordre scientifique et surtout médical. Les séances ont lieu à l'Hôpital civil, le dernier vendredi de chaque mois à 8 h. 1/2.

Le XIV[e] Congrès national de Chirurgie

tenu à Paris du 21 au 25 octobre 1901.

A peine douze mois nous séparent du grand Congrès international qui, l'an dernier, réunit à Paris les célébrités chirurgicales de tous les pays, à peine 15 jours se sont écoulés depuis la clôture d'un congrès de chirurgie infantile, de chirurgie gynécologique, et de chirurgie pédiatrique tenu à Nantes, et déjà deux autres Congrès annuels : l'un, de chirurgie générale, l'autre, de chirurgie urinaire, s'ouvrant l'un et l'autre et presque simultanément à la Faculté de médecine. Cependant qu'un peu plus loin d'autres sociétés savantes de même nom, gynécologiques, pédiatriques, chirurgicales, etc., toutes pourvues de présidents et vice-présidents, fonctionnent à l'état permanent et spontanément, assurent la publication de leurs œuvres par des bulletins particuliers. Le principe de la division du travail et de la spécialisation, beaucoup plutôt que celui d'une plus large distribution des honneurs, préside à ce démembrement. Toutefois, le Congrès de chirurgie — et c'est même par cette moindre spécialisation, par cette non-tendance au morcellement qu'il se différencie de ses congénères — englobe encore aujourd'hui, tout comme à sa naissance, des travaux d'ordre extrêmement variables, gynécologiques, pédiatriques, otologiques, etc., répartis en plus de 150 communications, de 10 minutes d'exposition chacune.

Qu'il soit bien spécifié qu'il n'entre point dans notre esprit de vouloir ici célébrer ou au contraire critiquer le Congrès annuel de chirurgie. D'autres déjà l'ont fait avant nous. Tout récemment, la *Gazette des Hôpitaux* laissait clairement entrevoir quels sont les bienfaits de cette association, quelle est aussi la pierre d'achoppement qui d'un instant à l'autre pourrait précipiter un dénouement fatal. Qu'il y ait des réformes à tenter en face d'une vague qui déferle par une trop vaste brèche, le fait est à discuter et ne saurait nous arrêter ici. Rappelons seulement, après le rédacteur en chef de ce journal, que le *Progrès médical*, tribune ouverte, donnera tout comme de coutume un très sommaire compte rendu des travaux du présent congrès. Sommaire, dis-je, avec intention. N'est-il pas en effet de toute évidence qu'un compte rendu, quel qu'il soit, ne saurait jamais dispenser le travailleur de puiser directement au livre original où toutes les communications sont rédigées par leurs auteurs eux-mêmes. Or, ce livre annuel est publié sous un nombre tel d'exemplaires que tout chirurgien se le peut aisément procurer (1).

Le lundi 21 octobre, à 2 heures, s'ouvre, pour la 14[e]

---

(1) Une appréciation humoristique récente des congrès : « Ces congrès, dont la mode retournera sous peu en Allemagne, avec une joyeuse escorte de pommes cuites, représentent la médecine comme un bal de culs-de-jatte représente la danse. De temps en temps, un premier sujet y exécute un cavalier seul admirable. Mais presque toujours la scène n'y est occupée que par des choristes de province dont les pommades paraissent tout au plus bonnes à faire tourner les chevaux de bois. Leur dernière complainte est simplement lamentable. » V. *Les Paradoxes sur la médecine*, p. 19, publiées dans la *Médecine interne*. A. Vigot frères, 23, place de l'École-de-Médecine, 1901. — *Nota*. Nous répétons que nous ne portons aucune appréciation personnelle. L. L.

fois, la grande séance solennelle d'inauguration, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Lucas-Championnière, assisté du vice-président Jacques Reverdin, de Genève. Ce qu'est cette séance, c'est ce qu'elle fut d'ordinaire. Dans la salle, trois régions distinctes : l'une, estrade présidentielle, au grand complet, où figurent tous ceux qui de près ou de loin appartiennent aux honneurs ; ceux du passé en assez grand nombre, ceux de l'avenir en plus grand nombre encore. L'autre, celle des gradins, relativement vide et occupée par les auditeurs, congressistes venus de province au sein desquels quelques physionomies parisiennes. La troisième, ou périphérique, est noire de monde. C'est celle des étudiants, toujours amis des fêtes, qui de toute part envahissent les portiques. Curieusement excités par la vue de quelques oriflammes qui flottent à l'extérieur, désireux d'échapper à une pluie fine et froide, ils s'entassent dans les couches élevées, véritables grappes humaines fredonnant et palpitant qui applaudissent bien fort, parfaitement heureux.

A plus d'un point de vue, le discours du président est très remarquable, bien lu et bien dit, personnel et très documenté, simple et très intéressant. Pour thème il a « l'Antisepsie » ; n'est-ce pas dire que l'âme et la vie de l'orateur s'y dévoilent en entier ? C'est d'abord l'heure des luttes premières ; puis celle des succès rares ; enfin c'est le triomphe définitif de la méthode listérienne. Plus tard encore, c'est le bonheur troublé. Voici un point noir : une méthode rivale, celle de l'asepsie, chirurgie de laboratoire, chirurgie sans antiseptiques, sans ingrédients germicides, sans substance chimique. Est-il donc vrai qu'elle doive pâlir, cette antisepsie ? Nullement ; les statistiques personnelles de M. Lucas-Championnière, empruntées aux opérations qu'il a le premier ou le plus chaudement préconisées, cure radicale de hernie, résection du genou, trépanations basées sur les localisations psycho-motrices, sont tout à l'honneur de la doctrine scientifique dont l'orateur s'est, en France, constitué le grand champion, d'ailleurs incontesté, celle de Lister, ou de l'antisepsie. Que si les détracteurs sont aujourd'hui trop nombreux. ils se rendront plus tard à l'évidence, ils reviendront à l'antisepsie ; c'est la conviction de l'orateur.

A l'instant, je faisais allusion aux bienfaits que parfois peut semer le Congrès de chirurgie. Or, le premier rapport, qui est de M. le Dr Février, de Nancy, en est une nouvelle démonstration : Travail sur la chirurgie de la rate, fouillé, très documenté, très judicieux, émaillé de considérations pathogéniques, anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques d'un très haut intérêt, vrai traité de la question en un mot, où l'auteur, à juste titre, n'a pas cru devoir s'en tenir à quelques réflexions personnelles ; il n'a pas craint de consulter toute la littérature française et étrangère. Si bien qu'après la lecture de ce rapport, la discussion n'a qu'un intérêt secondaire, une vingtaine de faits isolés éclaircissent seulement quelques points encore en litige. Telle est l'esquisse rapide de la première journée du XIVe Congrès français annuel de chirurgie.

Dr L. Longuet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Seance du 7 octobre 1901.

Recherches experimentales sur l'excitabilité de la moelle épinière.

M. Vitzou, dans des expériences récentes montre que, contrairement à l'opinion admise jusqu'à présent, l'axe gris de la moelle réagit aux excitants, tout comme le revêtement gris des circonvolutions ; si l'on met à découvert, chez une oie, le sinus rhomboïdal, (on sait qu'en ce point, chez les oiseaux les cordons blancs s'écartent, circonscrivant un espace quadrangulaire au fond duquel la substance grise est à nu), l'excitation mécanique ou électrique de cette région produit des contractions dans le train postérieur. De même, chez le cheval, si l'on sectionne la moelle lombaire, on s'aperçoit que la substance grise réagit, et qu'elle réagit autrement et plus vivement que les cordons antéro-latéraux, car son excitation par des courants électriques, même peu intenses, produit des mouvements tétaniques. Par contre, les excitants mécaniques se montrent ici inefficaces, en raison de l'hémorrhagie provoquée par l'opération.

Influence de la spermotoxine sur la reproduction.

Mlle C. de Leslie montre qu'une souris blanche, mâle, ayant reçu en injection du sérum spermotoxique fourni par le cobaye, perd, pour un laps de temps de seize à vingt jours, toute aptitude à la reproduction et cela, bien que la sécrétion du sperme, ainsi que la copulation, se fassent normalement. On peut prolonger pour une période de seize à vingt jours la durée de cette stérilité, en pratiquant une nouvelle injection avant que l'effet de la première ait pris fin. Des animaux témoins, injectés avec du sérum spermotoxique privé de son alexine (sensibilateur), ou avec du sérum alexique (sérum frais d'un animal neuf) restent au contraire aptes à la reproduction.

D'autre part, si l'on injecte à un cobaye le sperme des animaux ainsi rendus stériles, on ne détermine pas, bien que le sperme contienne des spermatozoïdes vivants, la formation des substances spermotoxiques dans le sérum de ce cobaye.

L'interprétation la plus rationnelle de ces faits est que la substance toxique agit en modifiant les relations d'osmose du spermatozoïde avec le milieu ambiant, supprimant ainsi la chimiotaxie de cet élément.

Contribution experimentale à l'étude des signes physiques de l'intelligence.

M. Vaschide et Mlle Pelletier adressent une note dans laquelle ils relatent une série de recherches qu'ils ont faites sur plus de 300 enfants des deux sexes, fréquentant les écoles primaires du département de la Seine, recherches démontrant que, d'une façon générale, la hauteur auriculobregmatique est plus considérable chez les sujets intelligents ; il en est de même du demi-produit des trois diamètres craniens (indice cubique).

Dr Phisalix.

Seance du 14 octobre 1901.

Influence des variations de temperature sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.

MM. Lannelongue, Achard et Galliard, poursuivant leurs recherches relatives aux circonstances qui peuvent influer sur l'évolution de la tuberculose expérimentale, ont étudié l'action des variations de température à ce point de vue. Trois lots de cobayes égaux en poids et comprenant chacun 10 animaux, ayant été inoculés simultanément dans la plèvre avec la même dose de virus, les premiers de ces cobayes furent continuellement maintenus dans le laboratoire : les seconds restèrent constamment au dehors : les troisièmes enfin furent alternativement placés à l'intérieur et à l'extérieur. La mortalité a été à peu près la même dans les trois groupes (3 morts dans le 1er, 2 dans le 2e, 4 dans le 3e) ; mais il importe de remarquer que les différences de température entre l'intérieur du laboratoire et l'extérieur n'étaient pas

très considérables. De deux autres lots semblables de cobayes. inoculés aussi dans la plèvre, l'un fut laissé à l'intérieur du laboratoire, l'autre fut placé pendant 9 h. par jour dans une étuve à 38° et le reste du temps (dont la nuit) à l'extérieur ; un lot témoin était soumis aux mêmes variations brusques de température. Au bout de 100 jours, le second lot était complètement détruit, tandis qu'il n'y avait qu'un seul mort parmi les animaux de la première série ; des témoins, un seul avait péri dès les premiers jours de l'expérience, alors que la ventilation de l'étuve était mal assurée.

D'après ces recherches, on voit que, ni les variations légères de température, ni le froid modéré n'exercent une influence bien appréciable sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye ; au contraire, les changements thermiques brusques et importants accélèrent d'une façon notable la marche de cette maladie.

Le microphyte de la piedra.

M. P. S. de Magalhaès adresse une note concernant un cas de piedra observé à Rio-de-Janeiro, chez une femme n'ayant jamais quitté cette ville et n'ayant pas été en rapport avec des personnes venant de Colombie : on sait que la piedra paraissait strictement localisée à deux provinces colombiennes (états de Cauco et de Antoquia) ; la seule circonstance qu'on pût incriminer dans ce cas était l'usage de suc d'aloès comme tonique capillaire. L'auteur a pu constater quelques particularités nouvelles relatives au parasite de cette affection ; il a vu, notamment, que ce champignon forme des spores à l'intérieur de ses filaments, et que la substance hyaline qui entoure les spores, dans les nodosités piédriques, a une constitution cellulaire et filamentaire. Ces faits avaient été jusqu'ici méconnus, sans doute parce que la solution de potasse à 10 %, généralement utilisée pour l'étude des parasites des cheveux, dissout la substance hyaline du microphyte de la piedra.

Dr Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 octobre. — Président, M. le Pr Bouchard.

Du fer dans les ganglions hépatiques.

MM. Guillemonat et G. Delamare ont dosé le fer dans les ganglions lymphatiques par le procédé de Lopsique. les quantités varient entre 0.811 °/₀₀ et des traces. Ce chiffre presqu'aussi élevé que celui de la moelle des os, a été obtenu 6 jours après la splénectomie, alors que le taux de l'hémoglobine du sang était diminué. D'une façon générale, la teneur en fer de cet organe est compatible avec l'existence d'un processus hématopoïétique d'ailleurs inconstant.

Macrophages et cellules conjonctives.

M. Dominici. — Les cellules conjonctives libres, les cellules endothéliales des séreuses, les cellules endothéliales vasculaires, les cellules fixes anastomosées, les cellules sanguines de vaso-formation, les cellules adipeuses, sont des modalités d'une même espèce cellulaire, la cellule conjonctive. Les macrophages de Metchnikoff sont des cellules conjonctives adaptées à leur rôle phagocytaire ; toute cellule conjonctive immobilisée et de type défini, peut se mobiliser et devenir macrophage.

Origines du polynucléaire ordinaire.

M. Dominici. — Les polynucléaires neutrophiles ou amphophiles sont formés par le tissu myéloïde et par le tissu lymphoïde. Du tissu myéloïde, les polynucléaires se forment par transformation des lymphocytes qui deviennent myélocytes granuleux, découpent leur noyau pour muer en polynucléaires. Du tissu lymphoïde, les lymphocytes qui font partie des mononucléaires du sang deviennent polynucléaires dans les vaisseaux sanguins en découpant leur noyau et en élaborant des granulations amphophiles. Que les polynucléaires ordinaires dérivent d'un myélocyte, qu'ils procèdent d'un mononucléaire du sang, les cellules d'origine sont de même espèce. Le processus de transformation diffère seul, et est en harmonie avec l'évolution du système hématopoïétique. Au cours des états infectieux, les poussées des mononucléaires, qui sont des polynucléaires larvés, doivent facilement être confondues avec les poussées de mononucléaires, qui sont des macrophages.

Les adénoïdiens.

M. Gellé. — Chez les adénoïdiens, dans certains coryzas avec sténose des voies nasales, dans les affections du larynx et de la gorge qui amènent de la gêne de la circulation de l'air pendant la respiration, les mouvements de déglutition s'accompagnent de bruits intenses et caractéristiques. il y a une sorte de grognement après la déglutition. Ces phénomènes se passent dans les arrière-narines, dans le pharynx buccal et dans la bouche. L'inspection de l'oreille montre que, dans certains cas, la membrane du tympan, au lieu de s'excaver, se ballonne.

De ces recherches, l'auteur conclut que si les voies nasales sont obstruées, le souffle expiratoire qui suit la déglutition ne peut passer par les narines et doit s'évader par la bouche, d'où gène et production de bruits pathologiques ; si la trompe est béante, au lieu de la dépression du tympan, il se produit un ballonnement.

M. Maurel. — Le chlorhydrate d'émétine par voie hypodermique à dose thérapeutique donne : 1° vaso-constriction et augmentation de la circulation normale ; 2° la circulation est augmentée, et peut même être rétablie là où elle avait été arrêtée artificiellement ; 3° sur les points congestionnés, la circulation ralentie peut être rétablie, et la vaso-dilatation variera. Ces résultats expérimentaux expliqueraient les bons effets thérapeutiques de l'ipéca.

E. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 octobre 1901. — Présidence de M. Reclus.

Fracture du crâne.

M. Rochard présente une observation adressée par M. Frogé (Saint-Brieuc), concernant une fracture du crâne par coups de bâton, et suivie d'hémiplégie. M. Frogé, pensant à des accidents de compression, trépana ; il trouva une légère contusion du cerveau par des fragments de la table interne ; au bout de huit jours, le malade semblait parfaitement guéri lorsque, vingt jours après, il fut pris d'attaques épileptiformes, qui se reproduisirent avec une intensité variable. Une nouvelle trépanation montra une simple cicatrice de la dure-mère : mais les crises ne tardèrent pas à disparaître. M. Rochard se demande s'il peut considérer ces accidents comme des phénomènes analogues aux psychoses post-opératoires, ou si la trépanation suffit quelquefois pour éveiller ces accidents chez des sujets prédisposés, ce qui, d'ailleurs, n'était pas le cas.

M. Broca pense que les accidents étaient dus à une cause que la deuxième intervention a supprimée.

M. Reclus a vu des épileptiques guéris par la trépanation, sans que pourtant il ait trouvé la cause des accidents.

M. Tuffier n'a jamais eu de guérison définitive de l'épilepsie par la trépanation ; il se demande, d'autre part, si, dans le cas de M. Rochard, la deuxième intervention n'a pas supprimé la cause épileptogène occasionnée par la première, à savoir la cicatrice de la dure-mère.

Incrustation calcaire de l'urèthre à la suite d'injection d'eau de chaux.

M. Bazy rapporte une observation de M. Dupray (Genève), concernant un malade, qui ayant soigné une chaude pisse par des injections d'eau de chaux, eut un rétrécissement de presque toute la longueur du canal, rétrécissement constitué par une incrustation calcaire des parois. M. Dupray le traita par des injections d'acide chlorhydrique au millième, qui amenèrent la dissolution du dépôt calcaire.

M. Dupray a adressé une deuxième observation, ayant trait à un anthrax de la lèvre supérieure à marche progressive,

malgré des incisions multiples, se compliquant d'un phlegmon de la face avec symptômes généraux graves. M. Dupray le traita par le sérum de Marmoreck, dont cinq injections, dit-il, suffirent pour arrêter la marche de l'affection : l'injection se limita, des abcès s'ouvrirent, et la guérison survint.

M. Bazy fait observer que l'élément capital manque pour donner une valeur à l'observation, à savoir, l'examen bactériologique.

Extraction d'une balle du poumon grâce à l'appareil de Contremoulins.

M. Loison présente l'observation d'un soldat blessé d'un coup de feu, et ayant gardé la balle dans un poumon. Vu l'obsession du malade, M. Loison le fit radiographier et constata la présence du projectile au niveau du 2e espace intercostal droit, à 3 mm. environ de profondeur. A une première intervention il fit, à travers la plèvre épaissie, de nombreuses ponctions, mais ne découvrit point le corps étrange. M. Contremoulins, avec son appareil, confirma les premières recherches radiographiques et cette fois, en ouvrant franchement la plèvre, il trouva et put saisir la balle dans le poumon refoulé dans la gouttière vertébrale, par le pneumothorax qui se produisit à l'ouverture de la plèvre.

Dégénérescence fibreuse du corps thyroïde.

M. Ricard, à l'occasion de sa dernière communication avait soulevé deux questions : 1° quelle était la nature de la tumeur ? 2° quel était le traitement à suivre ?

Pour le premier point, M. Delbet ne voit là qu'une sclérose inflammatoire périthyroïdienne, analogue à celle qu'on voit autour des vieux foyers de suppuration. M. Poncet, au contraire, déclare qu'il s'agit d'un cancer thyroïdien. M. Ricard fait remarquer que l'examen histologique ne permet pas d'en faire un néoplasme malin, et que si l'évolution présente les allures d'une tumeur maligne, cela est dû non pas à la nature anatomique de la tumeur, mais à la région qu'elle occupe, comprimant tous les organes du cou. D'autre part, l'intervention semble indiquée ; puisque sur les trois cas opérés par M. Ricard, deux n'ont pas eu de récidive depuis six mois, le 3e a été perdu de vue ; et comme la tumeur produira fatalement des accidents graves par la compression des organes importants (trachée, œsophage) au milieu desquels elle évolue, il semble que l'opération doive même être précoce ; il faut faire l'extirpation totale, toutes les fois que l'on peut atteindre les limites supérieure et inférieure du néoplasme, ou, ce qui revient au même, qu'on peut faire l'hémostase par en haut et en bas.

Séance du 16 octobre 1901.

De l'épilepsie traumatique.

M. Kirmisson, à l'occasion de l'observation de M. Rochard, apporte un autre exemple non moins intéressant ; une fillette tombe à l'âge de deux ans de la hauteur d'un premier étage et se fracture le pariétal droit ; vers l'âge de cinq ans apparut une crise d'épilepsie jacksonienne, localisée à la moitié gauche du corps : répit jusqu'à onze ans : tout récemment, une deuxième crise survient dans la nuit et dure jusqu'au matin. Le surlendemain, M. Kirmisson constata à l'examen un enfoncement du pariétal droit, assez sensible, et au-dessous les battements du cerveau étaient perceptibles : environ quinze jours après, l'intervention montra une brèche osseuse, recouverte seulement par la dure-mère et le périoste fusionné. La plaie fut donc refermée et drainée pendant 48 heures. La malade sortit de l'hôpital au bout d'un mois parfaitement guérie. M. Kirmisson se demande si, pour expliquer ces deux crises isolées et si espacées, il ne peut pas faire intervenir, comme le pense M. Rochard, une prédisposition individuelle à l'épilepsie.

Sur le cathétérisme urétéral.

M. Bazy proteste contre les assertions de M. Albarran, qui dans la dernière séance, a montré deux reins tuberculeux, dont l'affection n'a pu être diagnostiquée que par le cathétérisme. M. Bazy connaissait l'un des malades ; il présentait du bacille de Koch dans l'urine, des lésions d'un uretère décelées par la cystoscopie et le réflexe urétéro-vésical du côté correspondant. M. Bazy pense qu'on peut être en thérapeutique un peu plus conservateur ; la tuberculose rénale est, comme les autres, une tuberculose guérissable, comme le montrent fréquemment les autopsies et la clinique, et il se faut garder de se précipiter sur le bistouri.

CORRESPONDANCE

A propos de la mort de Mac-Kinley.

Paris, le 19 octobre 1901.

Mon cher ami,

Vous me signaliez, hier soir, dans la Revue chirurgicale du Dr Fort (no du 15 octobre), un article sur le cas de Mac-Kinley. J'avais déjà jeté un coup d'œil sur cet article : mais en le lisant complètement, j'ai constaté deux choses : la première, c'est que M. Fort était l'auteur de la correspondance anonyme du *Petit Parisien* à laquelle j'ai fait allusion dans mon deuxième Bulletin du *Progrès* sur le cas susdit, en parlant d'un confrère trop pressé de critiquer ; la seconde, c'est que M. Fort, qui, « au moment de mettre la *Revue chirurgicale* sous presse, a appris, par les journaux américains, que les journaux politiques de Paris nous ont mal informés », a rendu compte de l'opération, « d'après les journaux américains », dans des termes qui, par un hasard singulier, se trouvent, à quelques mots et à plusieurs détails en moins près, identiques à ceux de la relation antérieure que j'ai faite, dans le *Progrès*, de la même opération, d'après les mêmes journaux. Comme rien n'indique que ce soit là une citation empruntée à mon Bulletin du *Progrès*, et comme je ne voudrais pas supposer que notre confrère nous eût fait un emprunt de ce genre sans en mentionner la source, je ne puis que me féliciter de voir mes renseignements confirmés ainsi, jusqu'à la forme inclusivement, par ceux de son compte rendu, dont il a puisé les éléments dans les mêmes journaux que moi. Mais, d'un autre côté, toute fortuite qu'elle est évidemment, cette similitude de textes est bien fâcheuse pour moi, car des gens malintentionnés ou inattentifs aux dates de publication, pourraient me soupçonner d'avoir copié une partie de mon Bulletin du 5 *octobre* sur l'article de la *Revue chirurgicale du 15*, sans la citer, et en déguisant mon indélicatesse par le changement de quelques mots et par l'addition de quelques détails et d'indications bibliographiques ; et de là à m'accuser du délit peu banal de plagiat avant la lettre, il n'y aurait qu'un pas. Je serais véritablement navré d'un pareil soupçon et, plus encore, d'une pareille accusation : je vous prie donc de vouloir bien, pour m'en préserver, publier dans votre prochain numéro cette protestation de mon innocence alarmée.

Cordialement à vous.

Dr Ch. H. Petit-Vendol.

FORMULES

XX. — Contre les palpitations de la croissance.

Iodure de potassium	5 grammes.
Bromure de potassium	10 —
Eau distillée	Q. S.
Sirop d'écorces d'or	300 grammes.

Une cuillerée matin et soir. (Comby.)

XXI. — Contre les accidents de la dentition.

Teinture de vanille	ââ 5 grammes.
— de coca	(ââ 5 grammes)
— de myrrhe	10 —
— de safran	ââ 20 —
Miel de mercuriale	(ââ 20 —)
Miel rosat	60 —

En frictions sur les gencives. (Yvon.)

VARIA

Hospices de Nîmes

Concours pour des places d'élèves internes à l'hôpital mixte. — Il sera ouvert, le mercredi 6 novembre prochain devant la Commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens, un Concours pour des places d'élèves internes. Les candidats devront déposer, avant le 29 octobre, au Secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré récemment par le Maire de leur résidence et d'un certificat d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une Faculté ou d'un directeur d'une Ecole de médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens. Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions nouveau régime. Les candidats reconnus par la Commission admissibles à concourir en seront individuellement prévenus avant l'époque du Concours. Le Concours comprendra :

1° *Epreuve écrite.* — Une question de médecine et une question de chirurgie. Un délai de 4 heures sera accordé pour la rédaction. 2° *Epreuve orale* : 1° Une question d'anatomie à développer après 5 minutes de réflexion ; 2° Question orale de médecine et chirurgie pratique appliquée au service de garde à développer après 10 minutes de réflexion.

Les candidats qui auront subi les épreuves avec succès seront classés et désignés suivant leur ordre de classement pour remplir les places vacantes et celles qui le deviendront. *Deux places seront disponibles le 1er janvier* 1902.

Les élèves internes sont logés, chauffés et éclairés par les hospices. Ils reçoivent un traitement de *deux cent cinquante francs* la première année et de *trois cents francs* la seconde année ; en outre, une indemnité mensuelle de nourriture de *soixante-dix francs*. l'interne de garde étant nourri à l'hôpital dans les conditions du règlement. Les élèves internes sont chargés, à tour de rôle, des fonctions de répétiteur du cours d'accouchement. Une indemnité de *cent francs* par an est allouée à ce répétiteur par le Conseil général du Gard. La durée de l'Internat est de deux ans. Les élèves internes sont tenus à se conformer à toutes les dispositions du règlement des hospices et aux modifications qui pourront y être apportées par la Commission administrative.

Nîmes, le 10 juillet 1901.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 30 octobre*, à 1 heure. — *M. Dionis du Séjour* : Contribution à l'étude des contusions profondes du thorax ; les déchirures pulmonaires en dehors des fractures de côtes ; MM. Tillaux, Rémy, Aug. Broca et Legueu. — *M. de Montille* : Contribution à l'étude des hernies adhérentes inflammatoires et de leur traitement ; MM. Tillaux, Rémy, Aug. Broca et Legueu. — *M. Chardin* : Des éventrations consécutives aux contusions de l'abdomen ; MM. Tillaux, Rémy, Aug. Broca et Legueu. — *M. Pitois* : Essai de classification étiogénique des balano-posthites ; MM. Fournier, Hanriot, Gaucher et André Broca. — *M. Degrais* : Des rayons chimiques et de leur emploi dans la thérapeutique des affections cutanées (traitement du lupus par l'appareil Finsen) ; MM. Fournier, Hanriot, Gaucher et André Broca. — *Jeudi 31 octobre*, à 1 heure. — *M. Dousset* : Le dispensaire antituberculeux ; MM. Brouardel, Hutinel, Dupré et Thoinot. — *M. Lejeune* : L'enseignement de l'hygiène dans les écoles et les lycées ; MM. Brouardel, Hutinel, Dupré et Thoinot. — *M. Chomet* : Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu ; MM. Hutinel, Brouardel, Dupré et Thoinot. — *M. Lépinay* : Contribution à l'étude des lésions du lobe frontal en dehors de la région motrice ; MM. Le Dentu, Chantemesse, Faure et Gouget. — *M. Gauthier* : Fractures du calcanéum par écrasement ; MM. Le Dentu, Chantemesse, Faure et Gouget. — *M. Coussieu* : Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës ; MM. Chantemesse, Le Dentu, Faure et Gouget.

Examens de doctorat. — *Lundi 28 octobre*, à 1 heure. — Dissection, Ecole pratique : MM. Rémy, Poirier et Retterer. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu). 1re série : MM. Tillaux, Walther et Cunéo. — 5e (Première partie. Chirurgie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Mauclaire. — 5e (Deuxième partie, Hotel-Dieu) : MM. Brissaud, Teissier et Legry. — 5e (Première partie. Obstétrique. Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Lepage et Wallich. — *Mardi 29 octobre*, à 1 heure. — 2e : MM. Launois, Gley et Desgrez. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu), 1re série : MM. Cornil, Rénon et Jeanselme. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM. Dieulafoy. Achard et Gouget. — 5e (Première partie, chirurgie, Charité) : MM. Berger, Poirier et Auvray. — 5e (Deuxième partie, Charité), 1re série : MM. Debove, Charrin et Dupré. — 5e (Deuxième partie, Charité), 2e série : MM. Hutinel, Thiroloix et Méry. — *Mercredi 30 octobre*, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Bezançon et Legry. — 5e (Première partie, Chirurgie, Necker), 1re série : MM. Kirmisson, Poirier et Walther. — 5e (Première partie, Chirurgie, Necker), 2e série : MM. Reclus, Mauclaire et Cunéo. — 5e (Deuxième partie, Necker) : MM. Hayem, Wurtz et Widal. — *Jeudi 31 octobre*, à 1 heure. — Médecine opératoire. Ecole pratique : MM. Quénu, Thiéry et Marion.

Laryngologie, Rhinologie et Otologie. — 1° Cours : M. le Dr Castex, chargé de cours complémentaires, reprendra ses leçons à l'*Amphithéâtre Cruveilhier* (Ecole pratique), le mardi 5 novembre 1901, à 3 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit. — 2° Exercices pratiques, sous la direction de M. le docteur Castex, assisté de MM. les docteurs Collinet, Rabé et Guisez, anciens internes des hôpitaux.

Les exercices pratiques ont lieu toute l'année, sans interruption. *Examen et traitement des malades* tous les jours de 3 heures à 5 heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 1, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 6 octobre au samedi 12 octobre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,041 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 394, illégitimes 118. Total 512. — *Sexe féminin* : légitimes, 399, illégitimes, 130. Total, 529.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 6 oct. au samedi 12 octobre 1901, les décès ont été au nombre de 783, savoir : 435 hommes et 348 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 2, F. 2. T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 3, T. 3. — Rougeole : M. 1, F. 4, T. 5. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 4, F. 9, T. 13. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 1, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 120, F. 73, T. 193. — Tuberculose des méninges : M. 5. F. 8, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 6, T. 18. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 24, F. 34, T. 58. — Méningite simple : M. 7, F. 11, T. 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 20. F. 15, T. 35. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 27, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 3, T. 7. — Bronchite chronique : M. 11, F. 8, T. 19. — Pneumonie : M. 7, F. 13, T. 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 31, F. 22, T. 53. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 3, F. 5, T. 8 ; autre alimentation : M. 19, F. 15, T. 34. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 0, T. 3. — Cirrhose du foie : M. 5, F. 3, T. 8. — Néphrite et mal de Bright : M. 18, F. 5, T. 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 2, T. 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 16, F. 14, T. 30. — Débilité sénile : M. 10, F. 14, T. 24. — Morts violentes : M. 25, F. 6, T. 31. — Suicides : M. 11, F. 2, T. 13. — Autres maladies : M. 49. F. 29, T. 78. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 2, F. 5, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 20, illégitimes, 6. Total : 26. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 15. — Total : 41.

Concours pour un emploi de suppléant a l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers. Par arrêté en date du 12 octobre, un concours s'ouvrira le 14 avril 1902 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux

pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CORPS DE SANTÉ. — Par décret en date du 6 octobre 1901, M. BEAUMANOIR, médecin en chef de 1re classe, retraité, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — Par arrêté du ministre de l'intérieur et des cultes, la médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées : *Médaille d'argent.* M. le Dr MÉREAU, médecin à Gençay (Vienne) : courageuse conduite au cours d'une opération sur un enfant atteint du croup. — *Médaille de bronze.* M. LALANNE, interne à l'hôpital Saint Léon à Bayonne ; a fait preuve, au cours de l'épidémie de variole qui a sévi dans cet établissement, d'octobre 1900 à mars 1901, d'un dévouement tout à fait exceptionnel.

L'ÉLECTRICITÉ DANS LES HÔPITAUX.—Londres, 8 octobre.—L'hôpital de Westminster vient d'inaugurer un nouveau laboratoire électrique et une salle pour les rayons Rœntgen. La dépense, qui s'élève à 25.000 francs, a été couverte par des donations. (*Le Siècle.*)

UN HÔPITAL A NEW-YORK. — Du *New-York Herald* : La Société de bienfaisance à New-York vient de construire un bâtiment de sept étages qui servira d'hôpital sur la trente-quatrième avenue. Il sera prêt dans une année, et il y aura beaucoup d'innovations françaises dans l'aménagement de l'hôpital, où il y aura un bâtiment isolé pour les tuberculeux.

Le gouvernement français a fait don de 700.000 fr. et a envoyé un Gobelins de très grande valeur qui sera vendu et dont le prix servira à l'hôpital. Cette tapisserie représente Napoléon près des pestiférés de Jaffa, par David. (*Petite Gironde du* 25 septembre 1901.)

MÉDECINS GÉNÉRAUX EN ALLEMAGNE. — L'armée allemande n'avait plus, depuis plusieurs années, que des médecins généraux ayant le rang de général-major ou de brigade. Le grade de général-lieutenant ou de division est conféré au docteur von Leuthald, médecin de l'empereur Guillaume. Cette notabilité militaire portera le titre de médecin en chef de l'armée allemande, situation qui n'existe pas en France. Le médecin inspecteur général Boisseau n'est que président du comité technique de santé, à la disposition du ministre de la guerre pour des missions nettement déterminées pour chacun de ses déplacements. (*Echo de Paris.*)

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. CHAIRE D'ANATOMIE COMPARÉE : M. Filhol, directeur, membre de l'Institut. — Le Dr Auguste PETIT commencera le 12 décembre 1901 un enseignement pratique gratuit d'histologie comparée. Les manipulations auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 2 heures.

Le laboratoire des recherches histologiques est ouvert tous les jours. S'inscrire d'avance, l'après-midi, auprès du Dr Petit, rue de Buffon, 55.

AU SUJET DE LA MORT DE M. MAC-KINLEY. — Le *Temps* du 17 octobre publie la note suivante, qui lève tout doute sur la cause finale de la mort du président Mac-Kinley : « Les médecins et les chirurgiens qui ont soigné M. Mac-Kinley ont présenté hier un rapport sur les causes qui ont pu déterminer la mort du président. Les médecins, notamment le docteur Mann, déclarent que tous les bulletins publiés étaient l'expression absolue de la vérité. Il n'y a eu aucune infection microbienne. L'âge et le défaut d'exercice, ainsi que la faiblesse du cœur, qui ont occasionné une grande activité du pouls, ont pu contribuer à amener la mort. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Henry FERRARI, de Paris, fils du directeur de la *Revue Bleue* : de M. le Dr BENOIT, de Marseille, médecin principal de l'armée en retraite ; de M. le Dr CLÉMENT, de Montreux-Château ; de M. le Dr MARENGE, d'Issoire ; de M. le Dr REY, de Grambois ; de M. le Dr BOURDÈRE, de Vic-Fézensac ; de M. le Dr COMPANYO, de Paris, mort à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. Il était fils du Dr Companyo et, comme lui, avait appartenu à l'armée. Nommé chef de service à l'isthme de Suez en 1860, il publia, à ce sujet, de nombreuses études. (*Le Temps.*)

Chronique des hôpitaux

HÔPITAL TENON. — Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Tenon commenceront, à partir du 4 novembre, des conférences cliniques, qui auront lieu à 10 h. 1/2 du matin, à l'amphithéâtre, sur les sujets suivants ; *Lundi.* M. le Dr Lejars : leçons de *chirurgie abdominale.* — *Mercredi.* M. le Dr Broca : leçons de *chirurgie infantile.* — *Vendredi.* M. le Dr Bourcy ; leçons de *clinique médicale.* Maladies des enfants du premier âge. — *Samedi.* M. le Dr Le Gendre ; leçons de *pratique médicale et de thérapeutique.*

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 3 novembre à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la Radioscopie, de la Radiographie et de la Radiothérapie. Après chaque conférence : présentation et examen radioscopique des malades. *Exercices pratiques de radiographie.* Ces exercices ont lieu dans le Laboratoire du Dr Béclère, les lundis mercredis et vendredis à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 fr. pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. *Série militaire.* Questions posées : 1° lundi 21 octobre, *pathologie* : Fractures du péroné. — 2° mardi 22 octobre, *anatomie* : articulation scapulo-humérale. — 3° mercredi 23 octobre, *pathologie* : signes et diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT (médaille d'or). — Le jury est ainsi composé : Pour la médecine : MM. Méry, Duflocq, Thiroloix, Legry, Brun. — Pour la chirurgie : MM. P. Delbet, Le Dentu, Auvray, Courtois-Suffit, Boully.

HÔPITAUX DE LILLE. — M. le Dr Le Fort est nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux de Lille.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° **44**. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 2 NOVEMBRE 1901

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

La photothérapie

Par le Dr **FOVEAU DE COURMELLES**

Les actions antiseptiques de la lumière sont utilisées d'instinct par le peuple, qui expose au soleil ses linges souillés ; ses propriétés bienfaisantes sont recherchées de même par le malade qui se traîne au soleil et y réchauffe ses membres et son corps à circulation ralentie. Mais il faut arriver à ces trente dernières années pour voir étudier scientifiquement la lumière et ses phénomènes sur les végétaux et les animaux, selon telle ou telle radiation du spectre solaire, calorifique ou rouge, lumineuse ou jaune, chimique ou violette. Au delà du spectre visible est l'infra-rouge et l'ultra-violet, tous deux réagissant énergiquement, bien qu'obscurs.

En médecine, il n'y a guère qu'une douzaine d'années que la thérapeutique et la physiologie s'en occupent. On pourrait cependant dire qu'elle aussi, d'instinct, suivant les préjugés populaires, l'utilisait en envoyant ses malades dans les stations hivernales, les tuberculeux notamment.

En 1890, en mon ouvrage l'*Hypnotisme*, je signalais l'influence dynamogéniante ou affaiblissante de certaines tentures sur divers sujets nerveux ; j'y revenais sous le titre de *Chromothérapie* en un mémoire à l'Académie de médecine du 28 juillet 1891. La même année, Von Stein, de Moscou, signalait l'anesthésie du pharynx obtenue par l'examen au laryngoscope avec lampe électrique. En la *Revue de Polytechnique médicale* (février 1893), je signalais l'action sédative de la lampe à incandescence appliquée avec la douche franklinienne sur la tête de certains neurasthéniques, voire le pouvoir hypnogène qui se manifestait aussi parfois.

Les travaux se multiplient bientôt avec rapidité. G. Trouvé signale le pouvoir curatif de la simple lampe à incandescence placée au foyer d'un miroir parabolique sur les rhumatisants, en 1893 (fig. 40) ; la même année, Lahmann emploie la même disposition pour guérir des lupiques. Le mélange des radiations et la chaleur intolérable dégagée fait abandonner la méthode. Finsen commence alors ses recherches, il publie bientôt l'action, confirmée depuis, de la lumière rouge et de l'obscurité dans la variole ; puis, la scarlatine et la rougeole sont constatées comme bénéficiant également de la lumière rouge, la suppuration ou la desquamation peuvent être évités (Foveau de Courmelles, Schoull, La Chatinière). Binet, Féré, Gilles de La Tourette, montrent l'action excitante du rouge chez les nerveux. Finsen pense enfin à isoler les radiations comme l'avaient déjà fait en leurs recherches les botanistes et les zoologistes ; il constate que la chaleur rend la thérapeutique lumineuse impossible à appliquer et que les rayons chimiques peuvent agir contre le lupus. Cette tuberculose cutanée, très fréquente dans les pays du Nord et si réfractaire avant lui à toutes les médications, cède enfin à la lumière violette et ultra-violette. Finsen a maintenant des cures datant de six ans et incontestées. Entre temps, il s'attaque, avec la photothérapie chimique, à d'autres manifestations cutanées, tuberculeuses ou autres, chéloïdes, acnés, épithéliomas, pelades.... il a des succès. Mais sa méthode se complique et reste longtemps confinée à son *Institut photothérapique* de Copenhague (fig. 41).

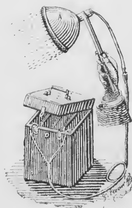


FIG. 40. — Lampe focale et réflecteur parabolique, avec batterie portative d'accumulateurs.

La découverte de Rœntgen et ses dermatites font penser à l'emploi thérapeutique des rayons X. Les succès sont difficiles à obtenir, mais plus rares qu'avec la méthode de Finsen, et, bien que l'outillage en soit relativement plus simple, on *compte* les succès et l'emploi ne se généralise pas. De même les courants de haute fréquence qui m'ont donné une amélioration (*Annales d'Electrobiologie*, novembre 1898), et un succès complet (*Congrès International de médecine* de Paris, de 1900, Section de Dermatologie, et *Congrès d'Electrologie et de Radiologie médicales*, même époque). Maints autres auteurs obtiennent aussi, par les rayons chimiques du tube de Crookes ou de l'effluve de haute fréquence, des cures intéressantes, mais moins constantes que celles de Finsen. Entre temps, les grands bains de lumière, que j'ai proposé d'appeler *héliothérapie artificielle* et sur lesquels la grande presse a fait un bruit énorme sous le nom de *lumière vitalisée*, me donnaient des succès dans certaines myélites, ataxies....



Fig. 41. — Installation solaire de l'Institut photothérapique de Copenhague.

La lumière a donc conquis son droit de cité en la thérapeutique, mais c'est la lumière chimique qui a jusqu'ici les plus merveilleux titres à la reconnaissance des malades.

Guérir les maladies curables par les moyens classiques, c'est bien ; guérir des maladies, incurables par tous les moyens, c'est mieux. Et c'est là le rôle trouvé et prouvé pour les rayons ultra-violets par Finsen, depuis 1895. Mais si la *Finsenthérapie*, comme l'appellent à Copenhague, les disciples du Maître, Bie, Bang, Forchammer, n'a pu s'étendre, malgré sa puissance, cela tient à sa complexité, aux dépenses qu'elle nécessite, achat et coût par séance, et le temps énorme qu'elle exige. Il lui faut une pièce spéciale, un arc voltaïque de 80 ampères ou le capricieux soleil (fig. 42), une sorte de long télescope contenant des lentilles convergentes en quartz, une solution cupro-ammoniacale très altérable et qu'il faut souvent changer pour que ce « filtre de lumière » satisfasse à son but de ne laisser passer, conjointement avec le quartz, que des rayons chimiques (1). Si l'on emploie le soleil — ce que l'on fait couramment à Copenhague et qui ne réussit pas à Paris à l'hôpital Saint-Louis, — le procédé est relativement peu coûteux, mais tous les malades sont ensemble et leurs lésions, défigurantes le plus souvent, peuvent effrayer, réagir sur le système nerveux des autres, moins lésés extérieurement. Et cette méthode n'est pas l'idéal, même pour un hôpital ou une clinique. Il en est de même du procédé autrement dispendieux de l'arc voltaïque de

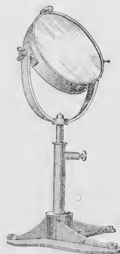


Fig. 42. — Appareil solaire.

80 ampères, qui exige quatre malades à la fois et quatre infirmiers ou surveillants. En outre les séances durent

(1) Nos clichés sont extraits de l'article du Dr Foveau de Courmelles sur les *Cures de lumière* dans la *Revue encyclopédique* du 23 mars 1900.

encore *une heure et quart* au lieu des deux heures du début, pour agir sur *un centimètre carré* de surface morbide (fig. 43 et 44).

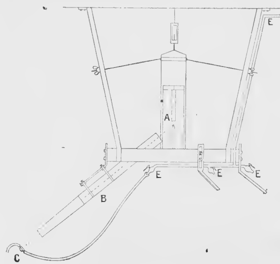


Fig. 43. — *Appareil Finsen.*

A. — Arc voltaïque.
B. — Lunette pour faire converger et filtrer les rayons de l'arc.
C. — Eau allant au compresseur séparé.
E. E. — Conduite d'eau.

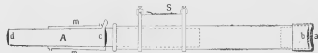


Fig. 44. — *Détail de la lunette et de l'appareil précédent* (1/10e de grandeur naturelle.)

a. b. — Système de deux lentilles pour rendre parallèles les rayons divergents de la loupe.
c. d. — Lentille à faire converger les rayons sur la partie malade.
A. — Tube rempli d'une solution de sulfate de cuivre ammoniacal.
m. m. — Manchon où circule un courant d'eau froide.
S. — Support.

L'appareil, lampe à arc, filtre de lumière et compresseur — la région traitée devant être énergiquement comprimée — coûte exactement trois mille deux cents francs ; il exige en plus une grande pièce spéciale, des câbles électriques très gros et des accessoires particuliers, plus la canalisation d'eau ; il faut des lits, car les malades ne pourraient rester une heure et quart sans bouger, et un surveillant par malade (fig. 45). En ces conditions, on

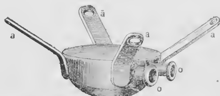


Fig. 45. — Compresseur séparé de Finsen, appliqué par un infirmier sur la partie malade.

comprend que la méthode soit restée localisée à Copenhague et à de grands hôpitaux spéciaux...

J'applique depuis dix ans, à l'hôpital Saint-Louis, l'électricité en dermatologie. Souvent, des chefs de service m'ont demandé de simplifier la méthode et je l'avais fait en me plaçant à quelques centimètres du patient au lieu d'en être à un mètre cinquante comme Finsen. G. Trouvé, l'électricien bien connu, m'ayant, sur ces entrefaites, signalé sa lampe focale de réflecteur parabolique comme multiplicateur de petites intensités lumineuses, je vis là, la solution du problème. Et, le 24 décembre 1900, M. Lippmann présentait en nos deux noms à l'Académie des Sciences de Paris le premier Finsen simplifié qui fonctionna dans les locaux de l'Académie ; il était formé d'une lampe à incandescence à charbon spécial, de 5 ampères, d'une solution de sulfate de cuivre ammoniacal et d'une double lamelle de quartz terminale, et tout autour d'une active circulation d'eau (fig. 46). Le 29 décembre à l'Aca-

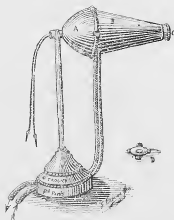


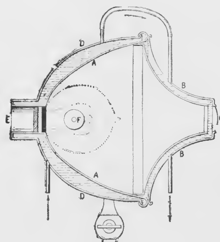
Fig. 46. — *Appareil complet pour l'étude chimique de la lumière.*

A. — Réflecteur parabolique.
B. — Double manchon réfrigérant et filtrant la lumière.
C. — Lentille de quartz compresseur en place.
D. — Compresseur primitif séparé et aujourd'hui supprimé, pour les applications en place (afin de chasser le sang de la région traitée).

démie de Médecine de Belgique, nous envoyions un nouveau mémoire avec des observations médicales (amélioration du lupus érythémateux par la lampe à incandescence, du lupus vulgaire par l'arc), et l'emploi préconisé de diverses lumières chimiques, arc voltaïque, acétylène ; puis à la suite d'une communication à l'Institut du 4 mars 1901, et à la *Société de Dermatologie* du 15 avril 1901, nous revendiquions et démontrions notre priorité. Notre appareil a du reste fonctionné à l'hôpital Saint-Louis depuis cette époque en divers services (Drs du Castel, Balzer) où il n'avait pu fonctionner auparavant par suite de travaux dans l'hôpital et l'absence d'électricité dans les salles de ces services.

Des lampes à incandescence spéciale, dont la composition n'a pas encore été publiée, peuvent donner des rayons chimiques suffisants pour agir curativement dans certains cas. D'autre part, certaines lumières très chimiques comme l'acétylène, comme la lampe à arc, peuvent, en étant placées au foyer d'un miroir parabolique, voir leur pouvoir chimique extrêmement multiplié. C'est l'utilisation constante et répétée d'un principe connu, mais très peu utilisé jusqu'ici, qui fait l'originalité de la méthode, principe qui n'a rien de commun avec la concentration des lentilles, laquelle ne peut agir que sur une faible surface. J'ai pu faire diverses comparaisons du pouvoir photogénique et de son étendue, et j'ai constaté la multiplication de l'action chimique de la lampe à incandescence spéciale ou

d'une faible lampe à arc, par suite l'inutilité pour le praticien qui veut traiter un seul malade, qui ne peut en traiter qu'un seul selon le désir de celui-ci, de l'arc de 80 ampères préconisé par notre savant confrère danois. D'autre part, la solution si altérable de sulfate de cuivre ammoniacal nous a paru, à l'usage, inutile et a été supprimée : deux lamelles de quartz entre lesquelles circule de l'eau froide suffisent amplement et permettent encore de diminuer la distance à laquelle agit la lumière chimique : *le refroidissement, la suppression des rayons calorifiques est la seule limite au rapprochement indéfini de la source électro-chimique.* Les tubes terminés par deux lamelles de quartz entre lesquelles circulent de l'eau froide sont de grandeurs différentes selon les régions lupiques, ils peuvent même être introduits dans les cavités et agir sur les compresseurs ; ils forment compresseurs et permettent d'agir sur des surfaces variables, mêmes étendues, au lieu d'obliger l'opérateur, par suite de la faible surface du



Le Foveau-Trouvé vu en coupe.

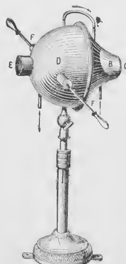


Fig. 47. — *Le Foveau-Trouvé vu de profil.*

A. — Réflecteur parabolique.
B. — Prolongement du cône de concentration.
C. — Chambre de quartz compresseur pour l'utilisation des rayons chimiques totalisés.
D. — Enveloppe extérieure refroidissante.
E. — Ouverture pour l'utilisation des rayons directs, et en outre pour voir et régler l'arc.
FF. — Charbons rapprochables à volonté.
G. — Pied articulé et extensible de l'appareil.

champ focal des lentilles, de n'avoir d'action, comme Finsen, que sur 1 ou 2 centim. carrés (fig. 47) (1). D'autre part, les expériences de Saint-Louis m'ont prouvé que dix minutes, un quart d'heure de séance suffisaient pour plusieurs centimètres carrés de lésion, la forme de la surface lésée est le seul obstacle à l'étendue de l'action ; le nez, par exemple, les angles des yeux, ne permettant que d'agir sur de petites étendues. On conçoit qu'actuellement par cet outillage simplifié et si peu coûteux, quelle économie de temps et d'argent par séance se trouve réalisée ; en outre, le Foveau-Trouvé se fixe partout chez le médecin, le patient, à la place d'une lampe ordinaire.

L'appareil, non breveté, nullement commercial, est facile à appliquer par tous les praticiens, à construire par tout le monde (2).

Le traitement n'est pas douloureux, la chaleur étant supprimée : la compression même très énergique qui est nécessaire — l'action chimique ne se produisant que si les tissus sont exsangues, dépourvus d'hématies — se perçoit peu, les résultats sont absolument les mêmes, quant à présent, qu'avec le grand Finsen : légère rubéfaction, sensation de cuisson, bulle qui se dessèche et desquame bientôt ; au bout de 12 à 15 jours, on refait une application au même endroit, et la guérison se fait durable. La phlyctène n'est même pas nécessaire, et il semble même que lorsqu'elle se produit, l'action n'est que superficielle. Ce n'est évidemment que le temps qui prononcera en dernier ressort, et bien que, ou *parce que* le promoteur d'une nouvelle et facile thérapeutique, il ne nous appartient pas de préjuger de l'avenir, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous avons des malades guéris, lupiques vulgaires et érythémateux, glandes et plaies tuberculeuses... et que

(1) L'appareil est donc formé d'un miroir parabolique avec la lampe à incandescence ou l'arc en son foyer : le reste est démontable, de sorte que l'appareil Foveau-Trouvé sert à volonté à *toutes* les applications lumineuses, par le remplacement facultatif de la lampe à incandescence par l'arc. Devant le miroir s'adaptait jadis exactement le tube à solution cupro-ammoniacale aujourd'hui supprimé. l'eau froide continue de circuler abondamment sur le passage des rayons ultra violets ; plus de lentilles qui absorbaient la lumière. seules, deux lamelles de quartz démontables et formant, en quelque sorte, des diaphragmes internes ou externes, pour limiter les surfaces, *devant, sur* ou *dans* le patient, afin de n'y laisser arriver que les rayons chimiques ultra-violets et en étendues limitées : ces doubles lamelles de longueurs et de surfaces variables forment le compresseur qui n'est pas, comme pour Finsen, distinct de l'appareil, et sur lequel on applique, avec forte compression volontaire, la partie malade. On utilise à volonté la lumière directe ou la lumière totale, par les deux faces du Foveau-Trouvé, avec concentrateur tronc-conique ou miroir convergent en avant. Les charbons s'avancent peu à peu, à volonté, par des mouvements analogues à la rotation d'une vis, avec ou sans régulateur. Ils doivent être en face, car la position angulaire, que l'on a vantée n'a nulle importance ; mais il faut qu'ils soient *exactement* au foyer et de bonne qualité. L'eau qui passe entre les deux lamelles de quartz peu espacées, doit être claire, sinon elle absorbe des rayons chimiques. Tous ces détails sont très importants ; si on les méconnaît, on lausse les résultats.

(2) Parallèle, entre le grand Finsen et le Foveau-Trouvé, nous ne parlons pas du dernier appareil produit et qui est plus complexe, plus coûteux et plus long à agir ; sans parler de l'avantage de pouvoir traiter séparément les malades et n'être pas tenu à un nombreux personnel :

	Finsen	Foveau Trouvé
Achat d'installation..	4.000 fr.	2 à 300 fr.
Dépense par séance..	80 A × 110 HV × 5/4 × 0.14 = 15 fr. 40	10 A × 110 × 1/6 × 0,14 = 0,23
Durée des séances ...	75 minutes	10 minutes
Surface d'action.....	1 cmq	1 à 5 cmq à volonté

Un transformateur de 3.000 fr. peut diminuer de moitié les dépenses, par séance, du Finsen.

Sirop Laroze (écorces d'oranges amères) —

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT
LYSOL
ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris.

les phénomènes, le processus, comparés quelquefois sur le même malade, entre le Finsen et le Foveau-Trouvé ont été les mêmes, parfois à l'avantage du dernier. Qu'on multiplie les faits, la méthode est si simple à appliquer, les auteurs ne tenant qu'à leur priorité scientifique !

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements, destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 5 novembre**, *ce numéro devant paraître le 9 novembre.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des Congrès en général.

Le Congrès d'Assistance familiale.

Dans le dernier numéro du *Progrès médical*, notre ami, le Dr Longuet, à propos du Congrès de Chirurgie, critiquait la multiplication des Congrès et l'abondance des communications inutiles. Il y citait des appréciations aussi originales qu'excessives sur les Congrès, non pas pour aider à perpétrer leur perte, nous en sommes certains, mais pour signaler un écueil dangereux contre lequel viendraient tôt ou tard sombrer ces utiles institutions.

Le *Progrès médical*, plus que jamais, est persuadé de l'utilité des Congrès dont il fut jadis un des plus fervents promoteurs; il n'a nullement l'intention de brûler ce qu'il a adoré. Mais il croit qu'il serait utile de modifier leur organisation et de mieux régler leurs efforts. Un Congrès doit être un foyer de libre discussion pour avoir sa raison d'être, mais il faut que cette discussion soit limitée ; il est indispensable que chaque Congrès, ou chacune de ses sections, borne ses travaux à une question précise et bien définie et, qu'après chaque controverse, on puisse déduire des conclusions générales pratiques. Un Congrès ne doit pas être une occasion de se produire à l'usage des médiocrités remuantes et avides de réclame; ce doit être une assemblée où, à propos d'une question posée, chacun peut venir apporter le fruit de ses observations et de ses réflexions pour permettre au plus grand nombre de se faire une opinion en toute connaissance de cause. Les Congrès ont donc de sérieuses raisons pour se spécialiser, mais il importe que la spécialisation ne porte pas seulement sur la dénomination du Congrès ; ce qu'il faut surtout, c'est la limitation des ordres du jour.

Le Congrès d'Assistance familiale, qui vient de s'ouvrir dimanche dernier 27 octobre, est un des plus curieux exemples de ces spécialisations. M. le Dr A. Marie, médecin de l'Asile de Villejuif, qui en est le promoteur, a pensé que l'on pourrait généraliser ou au moins étendre davantage l'Assistance familiale, appliquée déjà pour certains aliénés, pour les enfants et pour les adultes malades. Tout le monde sait qu'il a organisé et dirigé avec succès la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron et que personne n'est plus autorisé que lui pour aborder l'étude de pareil sujet. M. Marie ne se dissimula pas les difficultés de son projet ; aussi, désireux d'aboutir, il s'adressa à ceux qui devaient être le plus aptes à le comprendre, qu'il pourrait le plus facilement gagner à sa cause, c'est-à-dire aux médecins, non pas aux savants des Facultés ou de l'Académie, pour qui les questions d'Assistance furent toujours d'un intérêt secondaire, mais aux médecins praticiens, aux médecins des Bureaux de Bienfaisance, qui assurent les soins à domicile des indigents et souvent pâtissent de la mauvaise organisation de l'Assistance. Sous le patronage des Syndicats médicaux, le Congrès d'Assistance familiale ne pouvait manquer d'adhérents ; il ne manqua pas non plus de contradicteurs. On le laissa s'organiser sans opposition manifeste, puis, quelques semaines avant l'ouverture, on objecta sournoisement qu'il était hâtif, qu'il porterait atteinte au grand Congrès international d'Assistance, que les médecins étaient peu fondés pour prendre pareille initiative, etc. On eût dit que certains personnages administratifs s'étaient arrogé le monopole des Congrès d'Assistance, que la liberté d'étudier ces grandes questions était leur apanage et qu'il n'était pas possible d'avoir là-dessus quelque idée hors eux et leurs amis. Ces adversaires du Congrès actuel s'étaient grossièrement trompés; tant pis pour eux si, tôt ou tard, ils paient les frais de leur opposition souterraine et mesquine ; malgré eux et la routine, le Congrès d'Assistance familiale s'est ouvert et a commencé ses travaux.

La direction du Musée social avait aimablement donné l'hospitalité aux congressistes. M. Cheysson, de l'Institut, le savant économiste, a présidé la séance d'ouverture. Il a, avec une éloquence familière et persuasive, donné la raison d'être du Congrès et indiqué les principaux points qui y seront étudiés. M. A. Marie a donné ensuite lecture des travaux préparatoires du comité d'organisation, et M. le Dr Rotillon a rendu un hommage mérité aux efforts de M. Marie. Enfin sir J. Sibbald, inspecteur de l'Assistance en Ecosse, a pris la parole au nom des délégués étrangers. L'ordre du jour des travaux des sections et des séances générales a été fixé et les Congressistes se sont séparés.

Lundi matin, à 9 heures, les sections se sont réunies au Musée social et au Palais des Sociétés savantes. A la 3e section (adultes malades), M. Lefillâtre a exposé l'organisation du nouveau dispensaire de Kremlin-Bicêtre destiné à faciliter pour les nécessiteux et indigents l'Assistance médicale et chirurgicale dans la famille. Un vœu a été émis préconisant la construction peu coûteuse de ces établissements dans les régions dépourvus d'hôpitaux pouvant déjà remplir le même rôle. M. le Dr Papillon a lu, au nom de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris, les conclusions d'un remarquable rapport sur l'Assistance familiale des tuberculeux. Ce rapport, qui ne manquera pas de déchaîner de vives discussions à la séance générale réservée à cette question, a le mérite de fournir des

*

moyens pratiques d'entreprendre avec quelque efficacité la lutte contre la tuberculose.

En somme, le Congrès d'Assistance familiale a bien débuté. Quel que soit l'avenir réservé à ses efforts, ses promoteurs auront toujours l'honneur d'avoir tenté de faire sortir la lourde et lente machine de l'Assistance de la profonde ornière où elle est en détresse. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre

Larynx artificiel.

M. Le Dentu présente un malade ayant subi la laryngectomie totale pour cancer laryngé. L'application d'un larynx artificiel dû à M. Martin, de Lyon, a donné des résultats très remarquables au point de vue de la parole. Chez un opéré du même genre pour épithélioma, M. le Dr Périer avait déjà obtenu au moyen d'un appareil prothétique un fonctionnement vocal presque parfait.

Les localisations cérébrales.

M. Dieulafoy communique une observation très intéressante d'épilepsie jacksonienne, due à une gomme syphilitique non de la zone rolandique mais du lobe frontal. C'est là une grave atteinte à la théorie des localisations cérébrales motrices. Lépine, Chipault, Faguet et Lowitz ont rapporté des cas analogues.

Il faut donc admettre, conclut M. Dieulafoy, jusqu'à plus ample informé, qu'il y a une épilepsie jacksonienne rolandique et une épilepsie jacksonienne frontale absolument comparables. L'épilepsie jacksonienne d'origine rolandique est beaucoup plus fréquente, il est vrai, que l'épilepsie jacksonienne d'origine frontale ; néanmoins cette dernière n'est pas absolument rare, ainsi que le prouvent les observations que je viens de citer, et le cas de notre malade en est un nouvel exemple.

Nous ne connaissons, pour le moment, aucun signe, aucun symptôme qui nous permette de différencier l'*épilepsie jacksonienne rolandique* de l'*épilepsie jacksonienne frontale* ; ceci, il ne faut pas se le dissimuler, est une atteinte portée à la doctrine des localisations cérébrales. Aussi éprouverons-nous une inquiétude bien légitime le jour où nous serons appelés à préciser la région cranienne sur laquelle doit porter le trépan. Nous pourrons être exposés, sans notre faute, à donner une fausse indication, témoins les cas instructifs de MM. Faguet et Lowitz et de M. Chipault.

La gomme syphilitique trouvée à l'autopsie était manifestement très ancienne. Elle est restée longtemps absolument tolérée, puis a abouti à des accidents rapides.

Comment expliquer qu'une lésion cérébrale puisse rester si longtemps silencieuse ? Cela dépend des régions où siège la lésion. Il y a, dans le cerveau, des régions plus tolérantes les unes que les autres. Cette tolérance n'est pas enviable, car le sujet n'étant pas prévenu du danger, il vit dans une fausse sécurité et il n'entreprend aucun traitement ; en attendant, le mal fait des progrès, la médication arrive trop tard, et la cause est perdue.

M. Laborde montre que les fibres de projection allant de l'écorce au bulbe et partant non seulement de la zone rolandique mais des circonvolutions frontales causent cette dérogation apparente à la doctrine des localisations.

Ainsi s'explique comment l'excitation des circonvolutions frontales, dont les fonctions propres sont de nature psychique, peut cependant produire des phénomènes moteurs.

Donc, quand on trépane pour les accidents moteurs, il faut bien savoir que ce n'est pas seulement au niveau de la région rolandique, mais aussi dans la région frontale qu'il faut rechercher la cause irritative.

M. Lancereaux fait remarquer qu'il a depuis longtemps observé que les tumeurs situées à la périphérie de l'encéphale provoquent seules les convulsions épileptiformes, tandis que les tumeurs profondes n'en produisent pas.

Théorie du sommeil.

M. M. de Fleury donne une théorie nouvelle et fort ingénieuse du sommeil. Voici ses conclusions :

1° Le sommeil n'est pas indissolublement lié à l'état de fatigue, ni le réveil à l'état de défatigue ;

2° Il arrive que l'épuisement nerveux, consécutif à une grande dépense d'énergie, à une maladie débilitante ou à toute autre cause de déperdition des forces, provoque, non pas l'accroissement du besoin de dormir, mais au contraire l'insomnie ;

Chez les sujets à réactions amples, il est fréquent de voir le sommeil survenir, soit par suppression des stimuli externes, soit au contraire par excès d'excitation (sensitives ou sensorielles) et surmenage purement mécanique. Toutes les stimulations mécaniques du système nerveux, toniques à petites doses, accablent et provoquent d'invincibles envies de dormir si l'on dépasse la mesure :

4° Dans les conditions ordinaires, le sommeil se dissipe aisément par l'appel le plus léger sur l'une quelconque de nos périphéries sensitives, à condition qu'il s'agisse d'une excitation insolite :

5° La façon dont il est possible de s'entraîner à plus ou moins dormir, de s'éveiller tous les matins spontanément à la même heure, lui paraît être encore un argument topique en faveur de la théorie psycho-mécanique du sommeil.

Traitement du lupus.

M. Hallopeau montre les bons résultats obtenus par le traitement de M. Butte par l'application de compresses imbibées d'une solution de permanganate de potasse au cinquième. Il a essayé ce traitement chez 25 malades ; les lupus ulcéreux se cicatrisent en quelques semaines ou quelques mois : seuls les lupus *non excedens* ne sont nullement améliorés. A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 octobre 1901. — Présidence de M. Du Castel.

Polynévrite toxique professionnelle.

MM. Soupault et Français signalent deux cas de polynévrites des membres supérieurs et inférieurs d'origine professionnelle, survenue chez des ouvrières teinturières. La benzine paraît être la cause de cette infection.

M. Dufour, qui a eu l'occasion d'observer des accidents analogues, fait remarquer que les troubles cérébraux marquent le début de l'intoxication par la benzine.

Albuminurie orthostatique.

MM. Lenoir et Courcoux rapportent un cas d'albuminurie à forme orthostatique survenue chez une jeune fille atteinte neuf ans auparavant, de scarlatine avec albuminurie. La cryoscopie, l'élimination du bleu de méthylène et les symptômes démontrent nettement que malgré sa forme orthostatique, cette albuminurie résulte d'une néphrite.

Injections intrarachidiennes mercurielles dans les myélites syphilitiques.

M. Gaucher lit un mémoire de M. Schachmann, de Bucarest, sur le traitement des myélites syphilitiques par des injections intrarachidiennes d'une solution au centième de benzoate de mercure, à la dose d'un centimètre cube par jour.

MM. Ballet et Widal, puis M. Gaucher, font les réserves les plus expresses sur les résultats possibles de ce traitement audacieux.

Rythme couplé du cœur.

M. Dufour a observé le rythme couplé du cœur et par suite le pouls bigéminé au cours de l'ictère catarrhal ; il attri-

bue ce phénomène à une action toxique sur le muscle cardiaque lui-même.

Pseudo-rhumatisme tuberculeux.

M. Bezançon cite des exemples où le bacille tuberculeux détermine des arthrites multiples qui ne suppurent pas comme il le fait d'ailleurs dans la plèvre et le péritoine. La durée de la maladie, la splénomégalie, le cytodiagnostic, permettent de reconnaître cette tuberculose généralisée des séreuses articulaires que M. Poncet signalait il y a quelques mois à l'Académie de Médecine. J. N.

Séance du 25 octobre 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Oblitération de l'artère fémorale.

M. Barth présente un malade âgé de 45 ans environ, depuis 3 ans 1/2 syphilitique, qui a présenté à la hanche gauche, à la cuisse, au genou du même côté, des douleurs qu'il attribuait aux rhumatismes. Or ce malade a une oblitération de l'artère fémorale gauche. Une atrophie notable en est résultée la circulation collatérale s'est établie et le malade présente de la faiblesse et de la claudication intermittente. M. Barth suppose que cette oblitération est due à un petit anévrysme, guéri par la coagulation du sang et consécutif à une artérite syphilitique ancienne.

M. P. Marie demande si le malade ne souffre pas de la jambe droite. Il est frappé de la forme en verre de montre des ongles des orteils.

Pseudo-rhumatisme tuberculeux.

M. Galliard a observé une jeune fille de 17 ans atteinte de tuberculose pulmonaire, dont plusieurs articulations étaient douloureuses et tuméfiées. Cette malade mourut à la suite d'une poussée aiguë et généralisée de tuberculose.

M. Hirtz communique deux cas d'*albuminurie orthostatique.*

Intoxication saturnine par un gobelet plombifère

M. Variot présente un enfant intoxiqué par le plomb au moyen d'un gobelet d'étain plombifère. Cet enfant, de 5 ans environ, a été atteint de paralysie saturnine : il avait en outre un liséré des gencives. Le gobelet d'étain analysé contenait 75 pour 100 de plomb. Le gobelet des services d'enfants des hôpitaux de l'Assistance contient 13 pour 100 de plomb : or le règlement de la préfecture de police ne tolère que 10 pour 100. Ces ustensiles peuvent être nocifs si l'on met dans ces gobelets des liquides acides. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 octobre 1901. — Présidence de M. Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 40. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. Edmond Vidal demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Je désirerais ajouter quelques mots à ce que je vous ai dit dans la dernière séance au sujet du traitement des syphilitiques à Aix-la-Chapelle.

Je répondrai tout d'abord à quelques-uns de nos confrères qui m'ont manifesté par lettre quelque surprise de me voir faire l'éloge d'une station thermale étrangère, qu'ils se sont entièrement mépris sur le sens de ma communication. Ce n'est pas la valeur de la station thermale que j'ai voulu faire ressortir, mais celle d'un procédé thérapeutique propre à cette ville d'eaux, procédé qu'il y aurait intérêt à employer dans nos stations thermales françaises, dont je proclame hautement la supériorité sur celles des pays voisins. Au dîner de clôture du voyage d'Etudes médicales, dîner qui eut lieu à Evian le 13 septembre dernier, saluant au nom de l'Association de la presse médicale, nos confrères français et étrangers, j'ai dit : « C'est grâce à la campagne menée vaillamment par certains périodiques.... que nombre de praticiens ont enfin compris qu'il y avait en France des eaux minérales et que ces eaux pouvaient rendre de meilleurs services à leurs malades que certaines eaux des pays voisins vers lesquels les poussaient en rangs pressés la mode et le snobisme. »

Je ne puis que répéter ces paroles et espérer qu'elles seront comprises cette fois.

Passant au bain de vapeur proprement dit, auquel sont soumis, à Aix-la-Chapelle, les syphilitiques chez lesquels on a intérêt à faire une médication intensive, et ceux chez lesquels l'abus de la médication mercurielle systématique a entraîné des accidents d'hydrargirisme, stomatite, troubles rénaux ou autres, j'ajouterai que, contenant une certaine quantité de gaz hydrogène sulfuré, ils aident à sa pénétration cutanée de façon à produire une décomposition des particules métalliques et à faciliter ainsi leur élimination.

Ces bains de vapeur sont alimentés par la vapeur naturelle que laisse échapper l'eau sulfureuse en passant dans un canal percé de nombreux soupiraux. Cette vapeur est amenée dans une caisse en bois d'environ 500 litres de capacité. Ces 500 litres représentent de 0,0095 à 0,0141 gr. soit en volume de 6,28 à 9,09 cent. cubes de gaz hydrogène sulfuré, quantité suffisante pour transformer de 0,076 gr. à 0,106 gr. de chlorure de mercure en sulfate de mercure insoluble. Le malade est assis dans cette caisse, la tête émergeant seule per une ouverture pratiquée dans la paroi supérieure. Il y reste de 15 à 25 minutes, subissant la double action de la vapeur chaude et des agents chimiques qu'elle contient. Cette vapeur se condense sur la peau, qui est à plus basse température, en gouttelettes ténues qui empêchent l'évaporation de la sueur. L'épiderme se ramollit et prend bientôt la consistance d'une peau macérée sous l'action prolongée d'un cataplasme.

La pression sanguine superficielle s'élève et amène une augmentation de température d'environ un degré. Le pouls augmente d'amplitude, la respiration s'accélère et dénote ainsi une augmentation d'activité cardiaque. La pénétration des substances gazeuses pendant le bain de vapeur a été *biologiquement* établie, ainsi que l'action de ces gaz sur les échanges intimes. Les travaux de Wüngl, de Beissel, ont démontré l'élimination plus grande de l'urée, de l'acide urique et des sulfates ; preuve d'une plus grande destruction des matières protéiques.

Après le bain, le malade, généralement énervé et fatigué, doit se mettre au lit pour y rester au moins une demi-heure. Ce bain de vapeur sulfureuse agit dans la syphilis tout d'abord sur la peau, dont il excite les fonctions, il agit sur les lésions cutanées, il agit enfin et surtout sur l'élimination mercurielle par la sueur et les urines. Son emploi est donc tout indiqué dans le traitement systématique de la syphilis comme un adjuvant précieux au traitement mercuriel.

M. Grasset. — Le traitement de la syphilis par les chambres de vapeur a été employé de tout temps et se trouve indiqué tout au long dans les traités du moyen âge.

M. Buret. — Il ne faudrait pas confondre toutefois les bains de vapeur modernes avec les fameux fours du moyen âge, dont nous parlent les auteurs de la fin du XV[e] siècle. Actuellement, les bains de vapeur agissent par la sudation, s'il s'agit de simple vapeur d'eau imprégnée ou non de goudron ou d'essences aromatiques ; c'est l'action physique. Si ce sont des bains de vapeur sulfureux, donnés en boîtes, comme cela se pratique aux thermes d'Aix-la-Chapelle, il y a une double action, physique et chimique. A l'époque féodale, après la grande épidémie de 1493, les « graisseurs de vérole » enduisaient les patients, des pieds à la tête, d'un liniment à base de mercure, à l'aide d'un pinceau à vernir. Puis, comme l'a dit M. Grasset, on les faisait entrer dans de vastes étuves. Mais il ne faut pas oublier que celles-ci

étaient à l'usage exclusif des gens riches : toutefois elles étaient tellement chauffées que quelques-uns y asphyxiaient. Pour les pauvres, c'était une autre affaire ; on les entassait purement et simplement dans des fours où on les oubliait quelquefois : aussi n'était-il pas rare d'en retrouver un certain nombre passés à l'état de fumerons. Néanmoins, la méthode était bonne, puisque la plupart guérissaient, « sauf, dit Yvaren (1), quelques roussis et un petit nombre de rôtis. C'était une manière directe d'opérer la coction des humeurs ; celle du malade s'ensuivit quelquefois. »

La question des eaux thermales étant trop importante pour être discutée au pied levé, la Société, sur la proposition de divers membres et notamment de M. Vidal, décide de la porter à l'ordre du jour de la seconde séance de janvier, sous le titre suivant : « Du parti que l'on peut tirer de nos stations thermales de France, tant pour la modification des terrains pathologiques que pour la lutte contre les diathèses ». Les orateurs sont priés de vouloir bien se faire inscrire.

M. le Président annonce que M. Suarez de Mendoza vient d'avoir la douleur de perdre son père : il lui adresse, au nom de la Société, ses compliments de condoléance.

M. le Secrétaire Général informe ses collègues que M. Jullien entre en convalescence à la suite d'une maladie grave qui a donné de sérieuses inquiétudes à son entourage. Il croit être l'interprète de toute la Société en félicitant M. Jullien d'avoir échappé à ce danger.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — *Le régime pénitentiaire de Montevideo*, par le Dr Alfredo Giribaldi. — *Recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal, hypnotique du groupe des uréthanes*, par MM. Roubinovitch et Philippet.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Thom. Linn, expliquant à la Société que l'erreur, en ce qui concerne sa qualification de « membre de la Société de Médecine de Paris » est du fait du Guide Rosenwald : il a été membre de la *Société de médecine pratique*. Dont acte. 2° Lettre de M. Picqué, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et remerciant la Société de l'avoir nommé président de la commission du Prix Duparcque. 3° Lettre de M. Collin, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant national.

M. Buret donne lecture de la communication sur l'**empoisonnement par la teinture de Baumé**. *Sera prochainement publiée.*)

M. Tissier déclare qu'en raison des accidents possibles et de la difficulté qu'il y a à obtenir un produit toujours homogène, il ne prescrit plus depuis 30 ans la teinture de Baumé.

M. Rougon estime que ce serait se priver d'un bon médicament en la proscrivant. Il faut toutefois s'assurer qu'elle a été bien préparée.

M. Suarez de Mendoza présente une nouvelle canule auriculaire. (*Sa communication sera prochainement publiée.*)

M. le Président remercie et félicite l'orateur.

La séance est levée à 6 h. 40.

Le Secrétaire général, F. Buret. — *L'un des Secrétaires annuels,* H. Monel.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 8 octobre 1901. — Présidence de M. Kirmisson.

Tétanie avec arthropathies.

M. Guinon. — Dans cette première observation, il s'agissait d'une enfant qui, après une scarlatine intense, une coqueluche et une fièvre d'infection consécutive à une éruption cutanée, fut brusquement prise de *tétanie*, avec crises très caractérisées et très douloureuses. Le signe de Chvostek, contracture de la face sous l'influence de la pression sur l'apophyse mastoïde, — était très net chez elle. Pendant le déclin de la tétanie, au cours de laquelle s'étaient manifestés quelques phénomènes d'otite, survint une double arthropathie des articulations métacarpo-phalangiennes, avec signes qui firent craindre pendant quelque temps la suppuration, mais qui se termina néanmoins par résolution au bout d'une quinzaine de jours. C'était là évidemment une tétanie d'origine infectieuse. La guérison fut d'ailleurs parfaite.

Méningite à bacille d'Eberth

M. Guinon. — La seconde observation a trait à une fillette de 8 ans, que M. Guinon a été appelé à voir avec le Dr Degez. Tombée malade le 5 juin, l'enfant avait présenté au bout de quelques jours un ensemble de phénomènes qui firent porter par le médecin traitant le diagnostic de fièvre typhoïde. Il y avait eu du torticolis au début. Un peu plus tard, des accidents méningitiques s'étant manifestés, M. Guinon, appelé en consultation, ne crut pas devoir se rallier à l'idée de fièvre typhoïde, se prononça pour la méningite, et fit une ponction lombaire. Or, le liquide de cette ponction, étudié par M. Tollemer, montra qu'il s'agissait d'une méningite éberthienne, et, d'autre part, on obtint par la séro-réaction un résultat positif. La maladie continua son évolution avec tous les caractères de la fièvre typhoïde, et l'enfant succomba au 38e jour, par hémorrhagie intestinale.

M. Netter dit que ce fait n'est pas exceptionnel, et qu'il a eu l'occasion de voir quelques cas semblables : ce sont des cas graves et à rechutes fréquentes.

M. Aguinet fait une communication sur deux cas de *vulvo-vaginite avec accidents péritonéaux.* — Dans l'un de ces cas, on observa d'abord des accidents qui firent penser à une appendicite et à la nécessité possible d'une intervention chirurgicale : puis les symptômes de péritonite généralisée devinrent nets. La guérison fut assez rapide. — M. Aguinet examine les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu cette variété de péritonite, qui, en général, ne nécessite pas de traitement chirurgical. L'absence de douleur au point de Mac-Burney, l'absence de défense pariétale, et la coexistence d'une vulvo-vaginite, sont les trois signes principaux qui permettront d'éviter la confusion entre la péritonite gonococcique et l'appendicite. — Cette communication sera l'objet d'un rapport de M. Comby.

L'Isolement des coquelucheux dans les trains de chemin de fer.

M. Variot, fait une communication, à propos d'un cas qu'il vient d'observer, et dans lequel un de ses clients ne put obtenir de faire voyager isolément ses enfants atteints de coqueluche. On sait l'avantage du changement d'air dans le traitement de la coqueluche : il y a donc souvent lieu de faire voyager les enfants qui en sont atteints. Or l'isolement de ces contagieux dans les trains n'est pas prévu, pas plus que la désinfection des compartiments qu'ils ont occupés et inévitablement infectés malgré toutes les précautions possibles. Par conséquent, danger de contagion pour les enfants qui voyageront ensuite dans ces compartiments. Il faudrait trouver un moyen de prévenir ce danger, et M. Variot voudrait que l'on affectât au transport des coquelucheux des compartiments spéciaux, qui seraient désinfectés à l'arrivée.

Des remarques de M. Netter, de M. Comby, de M. Sevestre, etc., se succèdent, qui font de la question particulière soulevée par M. Variot une question générale de transport des contagieux ; aussi M. Kirmisson, en raison de l'importance et de la complexité de détails du sujet, propose-t-il de nommer une commission pour l'étudier, afin de pouvoir formuler, au nom de la Société de Pédiatrie, un vœu bien précis répondant aux préoccupations de tous.

MM. Lesné et Prosper Merklen font une communication sur les *réactions de* Salkowski et Haycraft *chez les nourrissons normaux et au cours des gastro-entérites.*

Etudiant dans des travaux antérieurs l'urine des nourrissons atteints de gastro-entérite, ils ont constaté dans la grande majorité des cas, l'absence de pigments biliaires normaux, par le spectroscope et la réaction de Gmelin, puisque ceux-ci n'ont été trouvés que deux fois sur 49 cas. C'était

(1) *Traduction en vers français du poëme de Fracastor* ; Paris, 1847.

là une donnée qui ne cadrait qu'imparfaitement avec les autres symptômes qui, tout au moins dans les formes aiguës, révèlent une suractivité fonctionnelle du foie.

L'emploi des réactions de Salkowski et de Haycraft, qui constituent des méthodes plus sensibles, leur a permis d'affirmer l'existence de l'élimination biliaire. Les urines de six nourrissons, qui ne donnaient pas la réaction de Gmelin, ont été étudiées avec ces techniques : sur 4 gastro-entérites aiguës, ils ont trouvé 3 fois la réaction de Salkowski, 2 fois celle de Haycraft ; sur 2 gastro-entérites chroniques, ils ne relevèrent aucun cas de réaction de Salkowski et une seule fois celle de Haycraft.

Non seulement ces faits permettent de conclure au passage des pigments et des acides biliaires par les urines au cours des gastro-entérites, mais à un point de vue plus général, ils font voir l'insuffisance de la réaction de Gmelin et la nécessité de recourir à des procédés plus rigoureux dans la recherche des pigments biliaires.

Traitement médical des végétations adénoïdes. M. Lapeyre communique un très intéressant travail sur ce traitement, qu'il préconise après trois années d'expérience et 28 cas suivis chez des enfants de 5 à 7 ans ; il consiste dans l'administration de la teinture d'iode. La dose initiale est de *VI* gouttes trois fois par jour ; on augmente ensuite rapidement et hardiment, et chez une enfant de 6 ans, sourde, chez laquelle les résultat obtenus ont été particulièrement remarquables, on a pu atteindre sans inconvénient la dose de 60 gouttes par jour. Jamais d'accidents : parfois un peu d'iodisme léger, et alors on interrompt le traitement pendant quelques jours. Sous l'influence de cette médication, les accidents causés par les végétations adénoïdes disparaissent rapidement, et ce n'est que dans un très petit nombre de cas, que l'on est obligé de faire intervenir le traitement chirurgical.

M. Sevestre emploie également l'iode en pareilles circonstances, sous forme de vin Nourrit, en même temps qu'il fait des applications locales d'huile mentholée.

Ch. H. Petit-Vendol.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Cinquième session. — Première séance (24 octobre 1901).

Allocution de M. le Pr Guyon, président.

—

Messieurs.

Deux années nous séparent de notre dernière réunion : je puis cependant dire que nos sessions n'ont pas été interrompues.

La section de chirurgie urinaire du Congrès international de 1900 vous a tous réunis ; vous y avez fourni, comme vous avez coutume de le faire ici, les résultats de vos laborieuses recherches. Les étrangers et les Français qui se sont joints aux membres de notre Association pour constituer la section de chirurgie urinaire, ont contribué, pour une très large part, au succès de ses séances. Il m'est donc permis aujourd'hui de rappeler qu'il a pleinement répondu à nos espérances, et de nous en féliciter.

Une fois de plus, ont été affirmés l'importance scientifique et le rôle humanitaire de cette partie de la chirurgie : l'on a pu constater que, pour la bien pratiquer, ses adeptes doivent aborder les questions scientifiques les plus délicates, et que de plus en plus, ils parviennent à guérir ou à soulager des souffrances justement redoutées.

L'intérêt des études auxquelles se consacre notre Association lui a dès l'origine valu de nombreuses adhésions ; elles ne cessent pas de se produire et, cette année, elles ont encore progressé. Le rapport de notre dévoué secrétaire général vous le fera connaître en vous rendant compte de notre situation. Mais, avant de lui donner la parole, je veux répondre au sentiment de chacun de nous en remerciant M. le président, M. le vice-président et M. le secrétaire général du Congrès français de Chirurgie, d'avoir bien voulu représenter, à notre première séance, la savante assemblée à laquelle la Société française d'Urologie aime à se sentir rattachée.

Messieurs, je déclare ouverte la cinquième session de la Société française d'urologie.

Rein mobile

Pathogénie et indications opératoires

M. Guillet (de Caen), rapporteur.

On peut appeler rein mobile, tout rein qui devient appréciable au palper, que cette mobilité donne lieu ou non à des troubles fonctionnels. Après avoir énuméré brièvement les notions étiologiques nettement acquises du rein mobile, la fréquence de l'affection (22-40 % suivant les auteurs) fréquence plus grande chez la femme et pour le rein droit, son existence à l'âge adulte, entre 25 et 40 ans, l'auteur pose le problème de la pathogénie du rein mobile et pour cela passe en revue les conditions de fixations normales du rein.

Ces moyens de fixité sont : 1° *les vaisseaux*, agent de fixité secondaire, dont la section ne diminue en rien la résistance aux tractions faites de haut en bas sur l'organe (Legueu, Soc. An., juillet 1895) ; 2° *le péritoine pariétal*, mobile devant le rein et nul comme moyen de fixité : 3° *la capsule*, le fascia péri-rénal ; décrit de façon variable suivant les auteurs (Sappey, Zuckerkandl, Gerota, Glantenay et Gosset), on peut actuellement le comprendre de deux façons, d'après les derniers auteurs.

Il existe autour du rein un feuillet antérieur *prérénal*, qui n'est autre que le fascia propria qui, du bord externe du rein passe sur la face antérieure et accompagne le péritoine au-delà de la ligne médiane vers l'autre rein ; un feuillet postérieur *rétrorénal*, qui sur le bord externe du rein s'unit au précédent, passe sur la face postérieure de l'organe et se fixe sur la colonne vertébrale, en dedans des attaches du psoas, sans franchir la ligne médiane ; la loge est donc ouverte en dedans : au niveau du pôle supérieur du rein, les 2 feuillets continuent leur trajet ascendant et ce n'est qu'audessus de la capsule surrénale qu'ils se fusionnent pour se fixer solidement au diaphragme : le rein est ainsi suspendu par en haut ; en bas, le feuillet prérénal suit le péritoine, le feuillet postérieur au contraire se perd dans le tissu cellulograisseux de la fosse iliaque ; la loge est donc ouverte aussi en bas, où quelquefois les deux lames s'envoient des feuillets celluleux, formant un coussinet pour recevoir le rein. Dans cette enveloppe, le rein est fixé par des tractus conjonctifs qui vont de sa capsule jusqu'au fascia périrénal, d'où formation de logettes dans lesquelles se trouve de la graisse, élément de protection plutôt que de fixation de l'organe.

Mais, dans cette capsule, le rein est mobile ; il monte et descend avec les mouvements respiratoires.

Les nombreuses théories émises sur la pathogénie du rein mobile sont groupées par l'auteur en trois catégories :

A. *Théories basées sur une lésion anatomique des reins ou des organes voisins.*

Dans ce groupe peuvent être rangées les théories suivantes :

1° *L'excessive élasticité du péritoine, son relâchement et l'allongement anormal des ligaments du rein.* — Étant donné le rôle effacé du péritoine comme moyen de fixité, on ne saurait l'incriminer dans la production du rein mobile ; quant à l'allongement des ligaments, il est plus rationnel de le considérer comme secondaire.

2° *L'atrophie du tissu adipeux périrénal.* — Il est vrai que le rein mobile a été vu à la suite de la disparition du tissu adipeux périrénal, mais il a été vu aussi chez des personnes ayant conservé leur embonpoint et l'hypothèse d'une atrophie locale est loin d'être prouvée.

3° *L'allongement des vaisseaux du rein.* — Cet allongement a été trouvé dans certaines autopsies (Glantenay et Gosset ; Pasteau). Mais, là encore, il est plus logique de considérer ces lésions comme secondaires.

4. *Le relâchement des parois abdominales* c'est la théorie la plus généralement acceptée ; elle est appuyée sur les recherches expérimentales de Voltkoff et Delitznei, qui ont montré que

la paroi forme une sangle qui applique le péritoine et son contenu comme une large pelote sur les reins : qu'il se produise un relâchement primitif dans la sangle abdominale ou que la pelote, c'est-à-dire le contenu de la cavité péritonéale diminue de volume, sans que la tension du bandage augmente, l'ectopie rénale pourra se produire. C'est à cette théorie que se rattache celle de *l'entéroptose* de Glénard, pour qui la néphroptose n'est qu'un épisode accessoire et contingent de la splanchnoptose ; il faut remarquer cependant que l'ectopie du rein droit seul existe souvent sans entéroptose : les deux affections, comme l'a montré Godard-Danhieux, n'ont pas la même pathogénie, et la théorie de Glénard n'est pas applicable à tous les cas de rein mobile.

5. *L'augmentation de volume du foie.* Les rapports du foie avec le rein montrent que l'hypertrophie de la glande hépatique ne peut avoir pour résultat que d'augmenter la surface de contact des deux organes, et non d'abaisser le rein ; d'ailleurs, cette augmentation du foie est loin d'exister dans tous les cas de rein mobile.

B. *Théories basées sur une cause physiologique.*

1° *Influence de la menstruation* (Becquet 1865). Cette dernière produirait des congestions du rein, augmentant son poids et amenant le déplacement. (Théorie reprise par Lancereaux 1894, et par Mlle Rosenthal 1900). Cette congestion est réelle, mais la théorie ne saurait s'appliquer au rein mobile chez l'homme.

2° *Influence de la grossesse.* Or, cette influence, d'après des statistiques récentes de Godard-Danhieux, est tout à fait négligeable.

3° *Influence du corset,* théorie émise la première fois par Cruveilhier. Cette influence est diversement interprétée par les auteurs : pour Depage (Bruxelles 1892) le foie et le rein descendent dans l'inspiration : le foie revient facilement ; le rein au contraire, si l'effort est exagéré, dépasse la ligne de compression du corset et ne revient pas à sa place. Pour Godard-Danhieux, c'est le foie, dont l'expansion par en bas est gênée par le corset, qui refoule le rein, le faisant fuir de sa capsule comme on fait sortir un noyau de fruit de sa pulpe en comprimant une extrémité. Pour Volkoff et Delitznei enfin, le corset déformerait les niches paravertébrales dans lesquelles sont logés les reins. Il faut observer que toutes les femmes portant un corset, même très serré, n'ont pas un rein mobile.

C) *Théories basées sur un état général particulier.* — Dans cette catégorie, se rangent surtout : l'opinion de Tuffier (1894, *Sem. méd.*) qui regarde l'ectopie rénale comme n'étant qu'un épisode dans la déchéance qui frappe tous les appareils et tous les tissus : la théorie d'Albarran (1895 et 1899) qui fait du rein mobile un stigmate de dégénérescence, théorie qui explique, dans une certaine mesure l'hérédité. Ces théories, pas plus que les précédentes, ne sauraient expliquer tous les cas de rein mobile et il faut dire qu'il n'existe pas une cause unique, mais des conditions multiples pouvant expliquer la genèse de l'ectopie rénale. Toute cause susceptible de rompre l'équilibre des viscères abdominaux pourra avoir un retentissement sur les reins, et les agents les plus importants paraissent être le relâchement de la sangle abdominale, l'entéroptose de Glénard, l'usage immodéré du corset, enfin les poussées congestives rénales qui accompagnent les périodes menstruelles. Quant à la fréquence plus grande à droite, on peut invoquer : l'absence du feuillet de Toldt, la traction par un certain nombre d'organes (cæcum et côlon ascendent) les rapports spéciaux avec le foie, le duodénum, etc.

Le *traitement* doit être réglé d'après l'évolution clinique et non d'après le degré de mobilité du rein.

A ce sujet, l'auteur du rapport donne les conclusions suivantes : ne pas opérer les reins mobiles qui ne donnent lieu à aucun trouble ; se contenter de l'usage d'une ceinture. Opérer ceux qui sont le siège d'une dégénérescence néoplasique ou inflammatoire (hydronéphrose, pyélo-néphrite). Recourir à la néphropexie pour les reins douloureux et pour ceux qui donnent lieu à des troubles digestifs, après avoir essayé, quelquefois, l'usage d'une ceinture.

M. Edgard Chevalier, chirurgien des hôpitaux de Paris, a présenté un rapport sur le même sujet. A côté des faits dont nous avons donné précédemment l'analyse, le rapporteur de Paris envisage les rapports du rein mobile avec l'hydro-néphrose intermittente, tant au point de vue pathogénique et clinique qu'au point de vue opératoire. La cause de ces hydronéphroses réside dans des coudures que l'ectopie rénale imprime à l'uretère, coudures mobiles d'abord, puis fixées par des adhérences, transformant l'hydronéphrose intermittente, ouverte, en hydronéphrose fermée.

Pour la thérapeutique, M. Chevalier l'envisage suivant les formes du rein mobile : 1° *dans la forme dyspeptique*, l'opération n'est vraiment indiquée que si les troubles digestifs sont d'ordre purement mécanique ; dans les autres cas, — troubles digestifs d'origine nerveuse, troubles dus à l'entéroptose concomitante, — l'intervention ne doit être proposée qu'après l'échec de la ceinture : 2° *dans la forme neurasthénique*, les résultats opératoires sont le plus souvent incertains et il faut toujours essayer d'abord le traitement médical et orthopédique : 3° *la forme douloureuse* est la plus satisfaisante au point de vue chirurgical et la néphropexie donne 88 % de guérisons : aussi, contrairement à presque tous les auteurs qui essayent d'abord le traitement orthopédique, M. Albarran propose toujours la néphrorraphie ; 4° enfin, il y a la forme de l'ectopie rénale s'accompagnant d'hydronéphrose intermittente : autant d'auteurs, autant de méthodes opératoires ; cependant, tout le monde propose, au début du moins, la néphropexie. M. Albarran place une sonde dans l'uretère, pour vérifier, au cours de l'opération, ses rapports avec la poche ; tantôt l'hydronéphrose est simple, l'uretère mobile, la néphropexie suffira : y a-t-il implantation élevée de l'uretère dans la poche, une opération autoplastique — urétéropyélostomie de Küster, pyéloplicature d'Israël, anastomose urétéro-pyélique (Bandenheuer), résection de la poche (Albarran), — devient nécessaire ; quelquefois enfin, on est obligé de pratiquer la néphrectomie (G. Marchant), sous la réserve, bien entendu, d'avoir constaté au préalable, l'inutilité fonctionnelle absolue du rein malade, et l'état de l'autre rein. (*A suivre.*)

XIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Compte rendu sommaire

Séance du lundi 21 octobre 1901.

La question de la chirurgie de la rate, mise à l'ordre du jour, est complètement traitée par M. Février de Nancy. L'auteur donne en quelques mots, lecture des conclusions. A part la leucémie pour laquelle l'extirpation de la rate parait définitivement proscrite, les interventions chirurgicales et en particulier la splénectomie ont aujourd'hui leurs applications nettes dans les *ruptures sous-cutanées* de ce viscère, dans les *coups de feu*, dans les *hernies traumatiques*, dans les *kystes hydatiques* et séro-sanguinolents, dans la *splénomégalie paludique*, dans la *rate mobile* avec ou sans torsion du pédicule.

Beaucoup plus imprécises restent les interventions et le mode d'intervention dans la tuberculose, et dans ce qu'on désigne actuellement sous le terme de splénomégalie idiopathique : terme générique qui réunit des maladies d'essence différente, dont le démembrement se fera plus tard, lorsque nos connaissances seront plus élargies sur ces cas disparates. Des statistiques établissent la valeur de la splénectomie dans chaque affection où elle a été tentée.

Après la lecture du rapport, dont les conclusions sont adoptées, plusieurs faits nouveaux sont apportés au Congrès. Ce sont ceux de Tédenat (2 observations de kyste hydatique) ; de G. Marchant (2 kystes hydatiques, 1 kyste de nature indéterminée, 1 cas de rupture traumatique), de Lejars (kystes hématiques, d'origine traumatique probable) : de Potherat (une énorme rate paludique qui, dégorgée d'une partie de son sang fut splénectomisée) ; de Routier (1 cas d'hématome multiple de la rate) de Weiss (1 observation de

coups de feu de la rate) : de Leonte (6 interventions) : de Delagénière (1 observation de splénorraphie pour plaie de la rate par coup de couteau, intéressante, parce qu'il n'existe encore pas d'intervention dans cette circonstance) : de Villar (qui précise les indications de l'exosplenopexie comme traitement des splénomegalies idiopatiques adhérentes) : de Demons (qui indique une technique spéciale donnant un grand jour dans les plaies de la rate) ; de Vanverts (ligature des vaisseaux spléniques) ; de Moty (blessures de la rate) : enfin de Reynès (qui apporte le résultat d'une autopsie dans laquelle une intervention eût pu sauver le malade.

Il a été dit plus haut que la conduite à tenir en cas de splénomégalies idiopathiques n'est pas encore précisée, et de fait il faut être très prudent. Deux faits de G. L. Faure et de Michaux le démontrent. Entre la splénopexie, l'exosplénopexie, et le traitement purement médical, le choix ne peut encore être fixé définitivement.

II. *Séance du mardi soir* (22 *octobre*)

La première partie de cette séance est consacrée à des questions de chirurgie générale. C'est d'abord M. J. Reverdin qui fait à propos d'un cas personnel, une étude complète de l'épithélioma calcifié. Comme particularité, il y eut ici récidive post-opératoire, récidive qui jusqu'à présent n'a été signalée que 2 fois sur 53 observations. Puis M. Moty expose deux cas d'infection purulente atténuée, à staphylocoques.

Ensuite, M. Tuffier, à l'aide de recherches qu'il poursuit en collaboration avec M. Milian, démontre que l'examen hématologique peut rendre des services dans quelques cas de diagnostic difficile entre un sarcome et une suppuration profonde par exemple. De même le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien, extrait par ponction lombaire, permet de conclure ou non à une fracture du crâne, dans certains cas obscurs.

M. Villar parle des résultats très favorables qu'il a obtenus de l'anesthésie chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de chlorhydrate de cocaïne (36 cas avec 2 échecs seulement, puis 40 cas sans aucun accident).

A ce propos, M. Guinard se montre aussi très partisan de cette méthode dont il a pu supprimer les inconvénients (céphalalgie, état nauséeux, etc.), grâce à un procédé où il remplace l'eau par le liquide céphalo-rachidien comme véhicule de la cocaïne. D'autre part, les résultats de l'anesthésie par la méthode classique du chloroforme sont excellents d'après Peraire, puisque ce dernier, dans une importante étude basée sur 2.000 cas, n'a vu qu'un accident ; encore sa cause exacte est-elle discutable. Mais il faut un soin spécial pour cette narcose. C'est ainsi que la préparation morale du malade, avant l'anesthésie générale, a une assez grande importance. A ce sujet, M. Lucas-Championnière rapporte qu'il a essayé la méthode d'anesthésie en musique dont M. Laborde a entretenu l'Académie. Il semble que cette méthode ait eu comme resultat de dissiper plus ou moins les préoccupations des sujets inquiets. A côté de l'anesthésie par le chloroforme, il y a celle par le protoxyde d'azote, dont M. Malherbe vante les bons effets, puisque, complétée par du chlorure d'éthyle, elle permet de pratiquer des opérations de 15 à 20 minutes de durée.

Suit alors une communication de M. L. Letoux qui a obtenu 4 guérisons du tétanos par injections intracérébrales de serum antitétanique, ce qui constitue une très belle série ; une communication de M. Delangre, qui a été satisfait des resultats éloignés de l'inclusion de vaseline dans les tissus : une communication de M. Dewevre insistant sur l'action ostéonécrosante du venin de la vive.

La fin de la séance est consacrée à la chirurgie du crâne. C'est M. Bousquet qui rapporte quelques opérations heureuses lorsqu'on intervient moins de 20 jours après l'accident : mauvaises en général si l'on intervient plus tard. C'est M. Vidal qui, grâce à l'emploi du nitrite d'amyle, a pu faire le diagnostic de compressions cérebrales et découvrit par une intervention consécutive, une petite tumeur fibreuse du lobe frontal. M. Peugniez après une trépanation pour crises épileptiformes et hébétude consécutive à un traumatisme cranien, a obtenu un bon resultat. A ces quelques faits isolés, M. Lucas-Championnière, d'après sa vaste expérience sur la question, rappelle qu'en fait d'épilepsie traumatique, il faut attendre non pas quelques mois, mais plusieurs années après l'intervention décompressive. M. Chipault, lui aussi, a constaté que les récidives sont très fréquentes lorsqu'on revoit les malades longtemps après l'intervention, quelle qu'elle soit, sympathicectomie ou trépanation. A propos d'extirpation du ganglion de Gasser, M. Villar recommande la voie temporo-basale, qu'il a mise à profit dans un cas.

(*A suivre.*) L. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réunion des chirurgiens des hôpitaux de province.

Discussion sur la violation de la loi du 9 avril 1898 par l'*admission, dans les hôpitaux et hospices, des victimes des accidents du travail, hospitalisés au tarif des indigents.*

Répondant à l'appel de M. le docteur Bousquet (de Clermont), nombre de chirurgiens des hôpitaux de province se sont réunis le 22 octobre, à 2 *heures*, dans la salle de correspondance du Congrès.

Etaient présents : MM. Poncet (de Lyon). Gross (de Nancy), Blanquinque (de Laon), Rogée (de Saint-Jean-d'Angely), Témoin (de Bourges), Civel (de Brest), Monprofit (d'Angers), Chibret (d'Aurillac), Crimail (de Pontoise), Latouche (d'Autun), Peugniez (d'Amiens), Buffet (d'Elbeuf), Mauny (de Saintes), Dupin (de Toulouse), Phocas (de Lille). René Gauthier (de Luxeuil). Prioleau (de Brives), Villar (de Bordeaux), Pamard (d'Avignon). Mariage (de Valenciennes), Moulonguet (d'Amiens). Broussolle (de Dijon). Lapeyre (de Tours), etc., etc.. etc... A nos Collègues des hôpitaux de province avaient bien voulu se joindre pour la circonstance : MM. Cézilly, Jeanne, de Meulan, Courgey. Membres de la rédaction du *Concours médical*, M. le Dr Lepage, accoucheur des hôpitaux, Vice-Président du «Sou médical», M. le Dr Lande, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, médecin des hôpitaux de Bordeaux, membre du conseil supérieur de l'Assistance. M. le Dr Noir, secrétaire de l'Union des Syndicats. S'étaient fait excuser, ne pouvant assister à la séance, mais adhérant entièrement aux conclusions de l'Assemblée ; MM. les Drs Girou (Aurillac). Duret (Lille). Cassen (Avignon), Panné (Nevers). André (Nancy), Foucault (Fontainebleau), Ducloux (Cette), Reboul (Nîmes), Gellé (Provins), Malherbe (Nantes), Billon (Dôle).

M. le Dr Bousquet remercie ses confrères d'avoir bien voulu répondre à son appel, et leur expose, très simplement, le but de cette réunion : « La loi sur les accidents du travail, dit ce chirurgien, est violée chaque jour au détriment du corps médical tout entier. En effet, lorsqu'un ouvrier est blessé un peu sérieusement, on l'envoie à l'hôpital le plus voisin, où il est hospitalisé d'après le tarif appliqué aux indigents. Ce tarif payé, le patron, *responsable d'après la loi* des soins médicaux, se considère et est en réalité absolument quitte des honoraires. Or, d'une part, le médecin praticien, qui aurait dû soigner le blessé s'il n'avait pas été hospitalisé, est frustré de ses honoraires ; d'autre part, le chirurgien de l'hôpital qui a fait le travail ne touche pas davantage. Il en résulte pour la corporation médicale tout entière une perte annuelle qui se chiffre par plusieurs millions (15 millions pour le département de la Seine seulement). Le docteur Bousquet demande à ses confrères de se réunir, de se grouper pour faire cesser semblable abus, si préjudiciable aux intérêts du corps médical. La question n'est pas simple, ajoute-t-il ; cependant il y a déjà eu des tentatives louables, en ce sens. Plusieurs de nos confrères : 1° le Syndicat des médecins du Jura, 2° le docteur Panne, à Nevers, et d'autres confrères, ont obtenu des commissions administratives qu'elles inscrivent dans leurs Statuts que les malades hospitalisés, payant 2, 2.50, ou 3 fr. suivant les régions, devaient en même temps acquitter les honoraires médicaux. Le Syndicat des médecins du Jura, qui, pour la circonstance, a accepté le tarif girondin pour les soins à donner aux blessés, a fait admet-

re que « les médecins des hôpitaux ont droit aux mêmes honoraires pour les soins qu'ils donnent aux blessés dans leurs services d'hôpitaux. » Il y a là un exemple à suivre et M. le Dr Bousquet engage ses collègues à agir en ce sens près des administrations hospitalières. M. le docteur Lande, de Bordeaux, fait remarquer que les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont le tort de ne pas connaître suffisamment le règlement type de l'administration hospitalière : il est dit dans ce règlement que l'hôpital doit être réservé aux indigents ; quiconque n'est pas indigent doit payer non pas seulement les frais d'hopitalisation, mais les dépenses engagées par l'administration hospitalière, c'est-à-dire les frais médicaux et pharmaceutiques. Le Docteur Lande démontre combien l'hospitalisation au prix des indigents, c'est-à-dire à 2, 3 et 5 fr. par jour, des malades qui peuvent payer, est préjudiciable aux intérêts de l'Assistance. Ainsi un malade à qui on pratique une laparotomie coûte à l'hôpital, rien que pour frais d'opération, de médicaments et de pansements, au moins 150 fr., s'il reste un mois à l'hôpital à 3 fr. par jour, et verse 90 fr., et nous avons montré que son opération seule a occasionné 150 fr. de dépense, qui paye le reste ? L'assistance médicale gratuite, ou mieux, les indigents. Il y a donc là une situation contre laquelle tous doivent protester et M. Lande est persuadé que l'on aura gain de cause.

M. Jeanne (de Meulan) fait remarquer que cette question a déjà été étudiée par le Comité national permanent créé par le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle et prie l'Assemblée d'accepter ses conclusions.

Après quelques échanges de vue, auxquels prennent part MM. Pozzi (de Reims), Moulonguet (d'Amiens), Latouche (d'Autun), Prioleau (de Brives), Reynès (de Marseille), M. le Dr Bousquet, résumant la discussion, prie l'assistance de s'inspirer des principes de déontologie et de bonne confraternité et de marcher réunis vers le but à atteindre : « la sauvegarde des intérêts de tous les membres du corps médical » et met aux voix les propositions suivantes :

« 1° Les Chirurgiens des hôpitaux de France, venus à Paris à l'occasion du 14e Congrès de Chirurgie et réunis le 22 octobre 1901 à la Faculté de médecine, après avoir pris connaissance de l'ordre du jour voté à l'unanimité le 18 octobre par le Comité national permanent de médecine professionnelle, organe de toutes les sociétés de défense des intérêts du corps médical : déclarent approuver les termes de cet ordre du jour et confient à ce Comité, dont les membres présents l'acceptent, le mandat de poursuivre avec la plus grande activité la réalisation des vœux énoncés dans la susdite formule. » Ces propositions sont votées à l'unanimité. 2° Les chirurgiens des hôpitaux s'engagent à agir auprès des sénateurs de leur région pour obtenir d'eux le vote d'une rédaction nouvelle de l'article IV de la loi de 1898, rédaction élaborée par le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France (Séance du 7 juin 1901). Cette proposition est votée aussi à l'unanimité, et M. le Dr Noir, secrétaire de l'Union des Syndicats, enverra aux confrères qui en feront la demande un certain nombre d'exemplaires de ces modifications.

3° Sur la demande de plusieurs confrères, une Commission composée de MM. Bousquet, Latouche, Guinard, Reynès, se rendra au Ministère de l'Intérieur pour exposer à M. le Directeur de l'Assistance publique les doléances du Corps médical et tâcher d'obtenir de lui qu'il fasse appliquer, par les Commissions administratives qu'il a sous sa dépendance, le règlement type de l'Assistance publique. Sur la demande de la majorité des confrères, l'Assemblée félicite le Dr Bousquet de son initiative, et fait des vœux pour que les pouvoirs publics s'occupent au plus vite de ces diverses questions.

Vœux du comité permanent.— 1° *Que le Comité national permanent*, créé par le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle de 1900, porte et soutienne de toutes ses forces, devant le Sénat, les conclusions des études publiées par le *Concours Médical, l'Union des Syndicats médicaux* et le *Syndicat des Médecins de la Seine*, tendant à l'adoption intégrale du texte d'un nouvel article IV de la loi accidents, tels que ces Sociétés l'ont rédigé : 2° que ce même Comité, organe autorisé de tous les médecins de France et de leurs diverses sociétés de défense professionnelle, s'assure, en vue de cette campagne, le concours de la direction de l'Assistance au Ministère de l'Intérieur, du Conseil supérieur de l'Assistance publique, du Congrès d'assistance familiale, du Directeur de l'Assistance publique de la Seine, du Groupe médical parlementaire ; 3° qu'il demande au Gouvernement, en attendant le vote de l'article proposé, de rappeler, par circulaire, aux commissions administratives d'hôpital, qu'elles ont le devoir de se protéger contre l'hospitalisation abusive des victimes du travail, en informant les responsables, lorsqu'ils amènent un blessé : 1° que les frais de séjour sont fixés à...., prix supérieur à celui qui s'applique à l'indigent ; 2° que les honoraires des médecins et pharmaciens, et autres frais du traitement, sont dus à part, et pourront être versés à l'administration hospitalière qui en fera la répartition, si les responsables préfèrent ce mode de payement à celui du versement direct aux ayants-droit ; 4° qu'à défaut d'application de ces diverses mesures, chaque chirurgien d'hôpital, avant d'entamer le traitement d'une victime du travail, informe le chef d'entreprise que ses honoraires ne sont pas compris dans les frais de séjour, et qu'il se réserve d'en poursuivre le recouvrement au cas où ils ne lui seraient pas versés par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

N. B. Le texte proposé pour le nouvel article IV à présenter au Sénat est ainsi conçu :

« Le chef d'entreprise est toujours et directement responsable : 1° des frais médicaux pour constatations et pour soins donnés à domicile ou à l'hôpital : 2° des frais pharmaceutiques ; 3° des frais de pension hospitalière et de traitements spéciaux fournis par l'hôpital ou un autre établissement : 4° des frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de cent francs au maximum.

« La victime, au moment de l'accident ou en cours de traitement, est toujours libre de choisir par elle-même ou par ses représentants son médecin et son pharmacien parmi ceux du voisinage. Mais, en cas de contestation, les frais médicaux et pharmaceutiques sont fixés par le juge de paix du canton, quel qu'en soit le montant, conformément au tarif ouvrier de la région.

« Le chef d'entreprise pourra proposer à l'agrément du juge de paix la désignation d'un médecin qui sera chargé de le renseigner périodiquement sur tout ce qui le touche dans l'état de la victime, par des visites faites dans des conditions qui ne nuisent pas au traitement. »

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Périmètre

Par le Dr Albert Terson.

Le nouveau périmètre que nous avons fait récemment construire (Moynier, opticien, 33, rue Denfert-Rochereau), présente les avantages suivants sur la plupart des périmètres

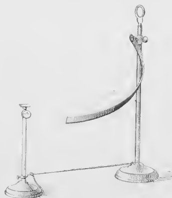


Fig. 48.

usités, tout en permettant les mêmes résultats (*examen du champ visuel*, examen du champ du regard, *strabométrie*, etc.)

PRIMES A NOS ABONNÉS

A titre de PRIMES, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec une très forte remise et expédiés franc de port à domicile.

BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE (Collection Bourneville).

I. Le Sabbat des sorciers. par BOURNEVILLE et TEINTURIER. — Brochure in-8 de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Papier vélin, prix : 3 fr. — Pour nos abonnés : 2 fr. 50. — Parchemin, prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

II. François Fontaine. — Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers, par BÉNET. — Vélin, prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

III. Jean Wier. — Histoires, Disputes et Discours des illusions et impostures des Diables, etc., par Jean WIER. — Deux volumes in-8 compacts formant ensemble 1.297 pages. — Prix des deux volumes : Vélin, 15 fr. — Pour nos abonnés, 12 fr. — Parchemin, 20 fr. — Pous nos abonnés, 15 fr. — Japon, 25 fr. — Pour nos abonnés, 20 fr.

IV. La possession de Jeanne Fery. — Vélin, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. — Parchemin, 4 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

V. Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à Loudun, par LEGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE. — Vélin, 6 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr. — Parchemin, 10 fr. — Pour nos abonnés, 7 fr. — Japon, 25 fr. — Pour dos abonnés, 20 fr.

VI. Procès de la dernière sorcière brûlée à Genève, le 6 avril 1652, par LADAME. — Vélin, 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 75. — Parchemin, 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Japon, 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Les six volumes réunis **20 francs.**

Il s'agit là d'une belle publication qui peut constituer un beau cadeau.

Les ŒUVRES COMPLÈTES de M. le Pr CHARCOT, publiées par le *Progrès médical*, forment actuellement treize volumes, se décomposant ainsi :

T. I, II, III. — Leçons sur les **maladies du système nerveux**........ 48 fr.
T. IV. — Leçons sur les **localisations cérébrales**........ 12 »
T. V. — Leçons sur les **maladies du poumon et du système vasculaire**........ 15 »
T. VI. — Leçons sur les **maladies du foie, des voies biliaires et des reins**........ 12 »
T. VII. — Leçons sur les **maladies des vieillards, goutte et rhumatisme**........ 12 »
T. VIII. — **Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique**. 10 »
T. IX. — **Hémorragie cérébrale, hypnotisme, somnambulisme**, etc........ 15 »
Leçons du Mardi à la Salpêtrière, deux forts volumes in-4° couronne........ 40 »
Clinique des maladies du système nerveux, deux volumes in-8° carré........ 24 »
La Foi qui guérit........ 2 »

Soit au total 190 fr. — Pour permettre à ceux de nos abonnés qui ne la possèdent pas, l'acquisition de cette précieuse collection, nous la délivrerons dans nos bureaux

Au prix net de 50 francs

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires**, seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un seul exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au RÉDACTEUR EN CHEF, 14, rue des Carmes.

Réduit à un demi-arc, qui, avec une double graduation, donne des mensurations équivalentes à celles données par l'arc entier usuel, ne possédant aucune partie inflammable (danger des périmètres en celluloid) ou cassante, *démontable* dans toutes ses parties, d'un poids beaucoup moins considérable, enfin d'un prix beaucoup moindre, il est facilement *transportable* au domicile d'un malade au lit (affections nerveuses, lésions cérébro-spinales, décollements rétiniens, etc.), et tient une place insignifiante sur la table de travail. Tout nickelé et non fragile, il nous paraît très pratique pour le *médecin*, l'*ophtalmologiste* et le *neurologue*. Une tige métallique à disques colorés et des schémas du champ visuel où les limites pour les couleurs sont indiquées par des traits de couleur correspondante, complètent l'appareil.

VARIA

La santé du roi d'Angleterre

Le roi d'Angleterre serait-il atteint d'un cancer du larynx ? C'est ce que tendraient à faire croire certains journaux tels que le *Reynold's News Paper*, qui affirme que l'affection dont les premiers symptômes ont été constatés primitivement chez le roi est connue des médecins sous le nom de *papilloma* de la corde vocale gauche. Cette tumeur a été enlevée trois fois. Durant une nuit de la semaine dernière, les médecins furent appelés en hâte auprès du roi Edouard qui ne respirait qu'avec difficulté. Une opération fut faite immédiatement, mais le soulagement qui en est résulté n'est considéré que comme temporaire, car la gangrène a atteint l'épithélium, et on s'attend à de graves complications. » D'autre part un démenti formel est publié dans le *Matin* par dépêche de Londres en date du 28 octobre.

Frais de dernière maladie du Président Mac Kinley.

Le parlement américain va être saisi d'une demande de crédit destiné à rémunérer les chirurgiens et les médecins qui ont donné leurs soins au président Mac Kinley. Ces princes de la science ont remis leur note qui s'élève à 500,000 francs. On frémit en pensant à la somme qu'ils eussent cru pouvoir réclamer, si le président eût été, par eux, sauvé... Les journaux américains, sont unanimes à trouver la note un peu salée. Ils font observer que les frais de dernière maladie du président Garfield ne s'élevèrent qu'à 250,000 francs et ce, pour un laps de temps dix fois plus long. Il est vrai que le résultat final a été le même. (*Echo de Paris*).

Les Pharmaciens

Les élèves en pharmacie se sont réunis, au nombre de quatre cents, dans la salle des commissions de la Bourse du Travail, rue du Château-d'Eau, sous la présidence de M. Perronneau, assisté de MM. Zimmermann et Eymard.

M. Michelin, secrétaire de l'ancien Syndicat des élèves en pharmacie, a présenté à l'assemblée la liste des revendications ; on sait que cette intéressante fraction demande toujours la fermeture des pharmacies à neuf heures du soir, la journée de dix heures, la suppression du travail de nuit.

De plus, en raison de nombreuses plaintes émanant de clients qui allèguent du manque de garantie offert par certains élèves, ils demandent l'institution d'un diplôme dénommé « d'aide en pharmacie » et que chacun des adhérents devra posséder après examen.

Une discussion assez animée a eu lieu à ce sujet entre plusieurs orateurs, MM. Béquais, de La Batut, Michelin. En fin de séance, l'ordre du jour suivant a été adopté à l'unanimité : « Les élèves en pharmacie, réunis le 19 octobre 1901, à la Bourse du Travail, donnent mandat à l'ancien conseil syndical de poursuivre la lutte pour le triomphe des revendications. » (*Le Journal*, du 20 octobre.)

Les chiffonniers de Paris et les ordures ménagères.

La corporation des chiffonniers est certes une corporation respectable, elle est composée de braves gens, travailleurs, économes qui ramassent sou par sou, débris par débris, ce que les citadins dédaignent : plusieurs parviennent ainsi à force de patience et de travail à gagner de petites fortunes. Néanmoins les conditions de leur travail de recherches n'est pas, à l'heure actuelle, sans inconvénients au point de vue de l'hygiène publique, et c'est le devoir de l'Administration de chercher à les modifier sans porter atteinte à ces nombreux et intéressants gagne-petits. Les chiffoniers se sont émus d'une réglementation probable : ils se sont réunis et voici le compte rendu que donne *Le Matin* de leur assemblée :

Une grande réunion publique, organisée par le syndicat des ouvrières et ouvriers chiffonniers de Paris, a eu lieu hier, à la Bourse du travail. Quatre cents personnes environ y assistaient. Elle était présidée par M. Adrien Veber, conseiller municipal du quartier des Grandes-Carrières, président du conseil général de la Seine. Plusieurs députés et conseillers municipaux y assistaient, notamment MM. Walter, Patenne, Paulin Méry, Chauvières, Poiry, Stanislas Ferrand, Landrin, etc. On a discuté, dans cette réunion, la question des ordures ménagères, qui doit venir très prochainement devant le conseil municipal de Paris. Les chiffonniers protestent énergiquement, en faisant valoir les droits de cinquante-deux mille intéressés, contre toute espèce de monopole de nettoyage des rues, contre le système de l'incinération, contre les tombereaux fermés d'invention allemande, enfin, contre le vœu émis dernièrement par le conseil d'hygiène tendant à les déposséder du droit qui leur est laissé de chiffonner, non seulement dans les rues, mais dans les dépendances des usines de broyage. Les chiffonniers demandent purement et simplement le maintien du *statu quo* ; et ils font valoir, en ce qui touche la question de l'hygiène, que les hommes, femmes et enfants qui assistent à la séance montrent une santé des plus florissantes et ne semblent, en aucune façon, atteints par les contagions microbiennes dont on veut inspirer la crainte aux Parisiens. Un ordre du jour de remerciements aux députés et conseillers municipaux présents et aux orateurs du syndicat, et de blâme à tous les capitalistes qui cherchent, par de nouveaux systèmes, à supprimer le chiffonnage, a été voté par l'assemblée, et, après la vérification des comptes, la séance est levée.

La cuisine des médecins.

A Berlin, on a fondé une école de cuisine pour médecins. Pourquoi diable une école de cuisine pour médecins, nous demandions-nous ? Un abonné du *Petit Bleu* répond en quatre points : 1° pour qu'il puisse enseigner à ses malades et ses convalescents l'art de bien se nourrir ; 2° pour qu'en se nourrissant bien lui-même, le médecin résiste mieux aux fatigues, aux maladies et aux microbes ; 3° pour qu'il fasse ainsi preuve de hautes capacités : « Dis-moi ce que tu manges et je te dirai ce que tu vaux ! » ; 4° et puis ....! ne faut-il pas connaître l'art de faire des sauces pour faire passer le poulet des honoraires ? (*Journal de Médecine de Paris*, page 415). Nous rappellerons à ce propos qu'il existe, dans les écoles d'infirmières de Londres, des cours de cuisine et avec raison.

La rage à Madagascar

Depuis le 9 février dernier, vingt-quatre personnes ont été soignées pour morsures faites par des animaux reconnus enragés ou suspects d'hydrophobie. Dans treize cas, la rage des chiens mordeurs avait pu être vérifiée par un vétérinaire. Un Européen et deux enfants malgaches avaient été mordus à la face, ces deux derniers présentant à hauteur de l'arcade sourcilière et de la bouche, des morsures très graves et profondes de plusieurs centimètres. Treize personnes avaient été, le même jour, assaillies et mordues par le même chien. Deux Européens et huit Malgaches furent peu après mordus au tronc et aux membres par des chiens atteints de la même maladie, et plus tard encore, deux Européens, huit Malgaches et un Sénégalais se présentaient à l'Institut pour y être traités en conséquence. Les morsures des chiens malgaches peuvent être rapprochées de celles des loups de Sibérie

par le nombre et la gravité. La pullulation, à Madagascar, des chiens dits de brousse constitue, par conséquent, un danger permanent, tant pour les populations des campagnes que pour les voyageurs. Ces chiens, en effet, rôdent en bandes, s'attaquent aux troupeaux de bœufs, dont ils dévorent les jeunes veaux, et pénètrent de nuit dans les villages pour y saccager les poulaillers ou enlever les moutons. Il m'a été, plusieurs fois, raconté, par des indigènes absolument dignes de foi, que des porteurs ivres, s'étant laissé choir sur des routes peu fréquentées, aux environs des régions forestières ou désertes parcourues par des chiens sauvages, avaient été fréquemment dévorés. (*Revue de Madagascar*).

L'art dentaire en Amérique.

Tout le monde sait qu'il n'est point de pays où l'art du dentiste soit plus florissant qu'en Amérique. C'est une des premières choses que constate l'étranger débarquant à New-York et M. Paul Bourget a noté, dans son *Outremer*, le nombre vraiment incroyable, non seulement d'hommes, mais même de jolies femmes chez qui d'étincellantes plaques d'or ajoutent encore à l'éclat du sourire. Une statistique récemment publiée évalue à trois millions le nombre des dents artificielles posées au cours de la seule année dernière, par les dentistes yankees. Ces praticiens étant au nombre de 12,000 dans les Etats-Unis, cela fixe à deux cent cinquante environ le chiffre moyen des dents postiches que chacun d'eux a greffées pendant ces douze mois, sur les gencives de ses contemporains. Et il n'est fait état, dans cette statistique, que de l'or consommé par l' « odontoplastie ». Il y faut joindre encore la masse, qui n'est point négligeable, des métaux précieux que nécessitent les divers procédés de simple « restauration ». On évalue à cinq cent mille dollars le stock d'or immobilisé par les aurifications, à cent mille dollars celui de l'argent et du platine employés aux plombages. Comme on n'a pas l'habitude de retirer aux défunts leurs dents artificielles, il a été calculé qu'on enterre actuellement, chaque année, dans les Etats-Unis une quantité d'or qui dépasse un demi-million de dollars. Le statisticien qui a fait ce calcul ne va pas jusqu'à proposer la mise en exploitation des cimetières américains ; mais il ne peut s'empêcher de remarquer que l'Alaska et le Transvaal sont seuls à posséder de plus riches placers. (*Débats*.)

Autopsies légales.

M. le Procureur général Bulot vient d'adresser aux Parquets du ressort de la Cour de Paris une circulaire d'une importance qui n'a pas besoin d'être soulignée et de laquelle nous extrayons le passage suivant : « *Autopsies, confrontations à la Morgue et reconstitution des crimes.* — Les juges d'instruction de la Seine emploient trop souvent en matière de meurtre certains procédés d'instruction sur lesquels j'attire principalement votre attention : je veux parler des autopsies, des confrontations du meurtrier avec le cadavre de sa victime à la Morgue ou tout autre lieu, et des reconstitutions de la scène du crime. L'autopsie, qui répugne le plus souvent à la famille de la victime et constitue pour elle une aggravation de sa douleur, ne doit être ordonnée que dans le cas de nécessité absolue, ou sur la demande de la famille si elle justifie d'un intérêt : on ne doit, en tous cas, en user qu'avec la plus grande réserve. Il en est de même pour les confrontations du meurtrier avec le cadavre de sa victime et la reconstitution de la scène du crime : ces mesures d'instruction constituent pour le prévenu une torture morale contre laquelle l'humanité proteste et qu'il est presque toujours inutile de mettre en œuvre. Vous voudrez bien inviter MM. les juges d'instruction à ne recourir à un de ces trois modes d'information qu'après s'en être entendu avec vous, et en cas de difficultés entre ces magistrats et vous la question devra m'être soumise. » On ne peut qu'approuver cette circulaire.

LES ÉPIDÉMIES

La fièvre jaune au Sénégal. — Le gouverneur général intérimaire de l'Afrique occidentale française vient de porter à la connaissance du ministre des colonies que l'état sanitaire du Bas-Sénégal et du fleuve jusqu'à Kayes était excellent : la commission sanitaire et le conseil privé de la colonie réunis avaient, à l'unanimité, demandé la levée des mesures quarantenaires. Cette suppression a eu lieu le 22 octobre. La mission envoyée de Paris à Rio-de-Janeiro pour y étudier la fièvre jaune et qui, en raison de l'apparition de cette épidémie au Sénégal, avait été maintenue à Dakar, rejoindra sa destination première par le *Chili*, attendu au Sénégal le 26 de ce mois. Ajoutons que la situation sanitaire de l'ancien Soudan s'améliore et que tout y fait prévoir la fin de fin de l'épidémie de fièvre jaune. (*Le Matin*).

La Peste. — Les journaux politiques publient les depêches suivantes au sujet de la peste : Londres, 21 octobre. A l'île Maurice. « Pendant la semaine finissant le 17 octobre, il y a eu 57 cas de peste, dont 36 suivis de décès ». — Gibraltar, 22 octobre. — La quarantaine est levée pour les navires arrivant de Naples avec patentes nettes. — Port-Saïd, 22 octobre. — On signale un cas suspect de peste à bord du vapeur *Arabia* de la ligne Peninsular and Oriental, venant de Marseille. Le malade est un Européen. — Liverpool, 29 octobre. Un certain nombre de cas de peste pris jusqu'alors pour de l'influenza ont été constatés.

La petite vérole. — Londres, 28 octobre. — L'épidémie de petite vérole qui s'est déclarée à Londres menace de prendre des proportions de plus en plus inquiétantes. Le nombre de nouveaux cas est de dix-neuf pour la journée d'hier, ce qui donne un chiffre total de cent quatre-vingt-dix-neuf cas de petite vérole jusqu'à ce jour (*Le Matin*).

La dysenterie. — Brest, 22 octobre. — L'épidémie de dysenterie s'étend dans le Finistère et le Morbihan. Le préfet maritime de Brest vient de déclarer contaminées deux nouvelles communes, Plouay et Longonnet. Les permissions et congés pour les communes atteintes sont supprimés pour les équipages de la flotte et l'armée de terre. On compte actuellement de nombreux décès, et plusieurs centaines de malades. (*Echo de Paris*).

Actes de la Faculté.

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — (*Hospice de la Salpêtrière.*) — M. le professeur RAYMOND, commencera le Cours de Clinique des maladies du système nerveux le mardi 19 novembre 1901, à 10 heures du matin. (Hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. Programme d'enseignement supplémentaire : Séméiologie des maladies du système nerveux : M. le Docteur Sicard. Histologie normale et pathologique du système nerveux : M. le docteur Philippe. Psychologie clinique : M. le docteur Janet. Electrodiagnostic, et électrothérapie : M. le docteur Huet. Examen du larynx : M. le docteur Cartaz. Examen des yeux : MM. les docteurs Dupuy-Dutemps et Kœnig. Examen des oreilles : M. le docteur Gellé. Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

COURS DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — (*Hôpital Broca*, 111, *rue Broca.*) — (Fondation de la ville de Paris.) — M. le professeur S. POZZI commencera son cours de Clinique gynécologique, le Vendredi 15 novembre 1901, à 10 du heures du matin et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Lundi, et vendredi, à 10 heures : Leçon du Professeur. Mercredi, de 10 heures à midi : Exercices cliniques : — Examens histologiques. Mardi jeudi et samedi, à 10 heures : Opérations.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE. — (*Hôpital Trousseau*) (Nouveau), 158, rue Michel-Bizot. — (Fondation de la ville de Paris.) — M. le professeur KIRMISSON commencera son cours de Clinique chirurgicale infantile le mardi 12 novembre 1901, à 10 heures du matin et le continuera les samedis et mardis, suivants, à la même heure. Mardi et samedi, à 10 heures : Leçons du Professeur. Jeudi, de 10 heures à midi : Consultations orthopédiques (Conférence clinique et examen des malades.) Mardi et samedi, de 9 à 10 heures : Consultations pour les maladies du nez, du larynx et des oreilles, par le docteur Malherbe, ancien interne des hôpitaux.

ANATOMIE. — Cours du chef des travaux, M. RIEFFEL, chef des Travaux anatomiques, commencera son Cours le mardi 12 novembre 1901, à 4 heures (Grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. *Objet du Cours* : Anatomie descriptive et topographique de l'abdomen et du bassin.

COURS LIBRES. — *Autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1901-1902, par le Conseil de l'Université de Paris, le 8 juillet 1901.* — M. le Dr BONNET (Léon) : Les découvertes modernes et leurs applications aux sciences médicales. Samedi, à 8 heures du soir. Amph. Cruveilhier. — Samedi, 30 novembre 1901. — M. le Dr BOUREAU. Prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Mercredi, à 5 heures. Amph. Cruveilhier. — Mercredi, 20 novembre 1901. — M. le Dr LAVAUX. Affections des voies urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. Amph. Cruveilhier. — Mardi, 5 novembre 1901.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902.

Les Cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 1er novembre 1901.

Cours

Physique biologique : M. GARIEL. Application de la méthode graphique aux sciences biologiques. Notions de mécanique animale. La chaleur en physiologie et en médecine. Des actions moléculaires : applications physiologiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., amphitéâtre de physique et de chimie, à la Faculté. — *Anatomie* : M. FARABEUF. Parties sus diaphragmatiques du corps humain. (Cavités de la face, bouche, pharynx, œsophage, larynx, trachée, poumons, plèvre, cœur, gros vaisseaux du cou et du membre supérieur, etc). Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., grand amphithéâtre de la Faculté. — *Histologie* : M. MATHIAS-DUVAL. Les épithéliums et les glandes en général, la peau et ses glandes, les muqueuses et leurs glandes, l'estomac, le pancréas, le foie et le rein. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., grand amphithéâtre de la Faculté. — *Physiologie* : M. RICHET. Système nerveux. Nutrition. Respiration. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h., grand amphithéâtre de l'école pratique. — *Pathologie chirurgicale* : M. LANNELONGUE. Maladies chirurgicales de l'abdomen. Appendicites en particulier. De la radiographie en chirurgie. Quelques tuberculoses. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h., amphithéâtre du laboratoire de pathologie chirurgicale (École pratique). — *Pathologie médicale* : M. HUTINEL. Maladies des glandes vasculaires sanguines et maladies de la nutrition. Mardi, jeudi, samedi, à 3 h., grand amphithéâtre de la Faculté. — *Pathologie expérimentale et comparée* : M. CHANTEMESSE. Pathologie générale expérimentale. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale, à l'école pratique. — *Anatomie pathologique* (fondation Dupuytren) : M. CORNIL. L'appareil respiratoire (larynx, poumon, plèvre) et l'appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). Lundi, vendredi, à 8 h., petit amphithéâtre de la Faculté, mercredi, à 2 h., à l'école pratique. — *Thérapeutique* : M. N... — *Pharmacologie et matière médicale* : M. POUCHET, Étude des modificateurs du système nerveux périphérique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., amphithéâtre de pharmacologie à la Faculté. — *Conférences de Médecine légale* : M. BROUARDEL. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h., à la Morgue.

Cliniques

Visite des malades tous les matins.

Cliniques médicales : M. HAYEM. Mardi, samedi, à 10 h. à l'hôpital Saint Antoine ; M. DIEULAFOY. Mercredi, samedi, à 10 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu ; M. DEBOVE. Mardi, samedi, à 10 h. à l'hôpital Beaujon ; M. LANDOUZY, à l'hôpital Laennec. — *Cliniques chirurgicales* ; M. DUPLAY. (M. N..agrégé chargé de cours). Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2, à l'Hôtel Dieu ; M. LE DENTU. Mardi, vendredi, à 9 1/2, à l'hôpital Necker ; M. TILLAUX. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. à la Charité ; M. TERRIER, ; Mardi, vendredi, à 9 h. à la Pitié ; — *Clinique de Pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. JOFFROY. Lundi, vendredi, à 2 h. 1 2, à l'asile Sainte-Anne. — *Clinique des maladies des enfants* : M. GRANCHER, (M. MÉRY, agrégé chargé de cours). Mardi, vendredi, à 10 h. à l'hôpital des Enfants-Malades. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. FOURNIER. Mardi, vendredi, à 10 h. à l'hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. RAYMOND. Mardi, vendredi, à la Salpêtrière. — *Clinique ophtalmologique* : M. DE LAPERSONNE, à l'Hôtel-Dieu. — *Cliniques des maladies des voies urinaires* : M. GUYON. Mercredi, samedi, à 9 h. à l'hôpital Necker. — *Clinique d'accouchements* : M. PINARD. Lundi, vendredi, à 10 h, à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal ; M. BUDIN. Mardi, samedi, à 9 h. à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas. — *Clinique gynécologique* (fondation de la ville de Paris) : M. POZZI. Lundi, vendredi à 10 h. hôpital Broca. — *Clinique chirurgicale infantile* (fondation de la ville de Paris) : M. KIRMISSON. Mardi, samedi, à 10 h. hôpital Trousseau (nouveau).

Conférences.

Chimie biologique : M. CHASSEVANT, agrégé. Principes constitutifs des tissus, humeurs et excrétions animales. Tissus musculaire, conjonctif, nerveux et glandulaire. Mardi, jeudi, samedi à 4 h. amphithéâtre de physique et de chimie. — *Anatomie.* (Cours du chef des travaux) : M. RIEFFEL, agrégé des travaux anatomiques. Anatomie descriptive et topographique de l'abdomen et du bassin. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. grand amphithéâtre de l'école pratique. — *Pathologie générale élémentaire* : M. THIROLOIX, agrégé. Processus pathogéniques généraux. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h., petit amphithéâtre de la Faculté. — *Histoire naturelle médicale* : M. GUIART, agrégé. Animaux parasites et maladies qu'ils déterminent. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. au laboratoire d'histoire naturelle. — *Pathologie interne* : M. ACHARD, agrégé. Maladies du foie et des reins. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., grand amphithéâtre de l'école pratique. — *Pathologie externe* : M. WALTHER, agrégé. Maladies chirurgicales des tissus. Tumeurs. Maladies des membres. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h., grand amphithéâtre de la Faculté. — *Hygiène* : M. WURTZ, agrégé. Conférences pratiques d'hygiène. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., au laboratoire d'hygiène. — *Obstétrique* : M. DÉMELIN, agrégé. Grossesse et accouchement physiologiques. Pathologie de la grossesse. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., petit amphithéâtre de la Faculté. — *Maladies de la peau* : M. JEANSELME, agrégé. Dermatoses. Dimanche, à 10 h. 1/4, à l'hôpital Saint-Louis.

Travaux pratiques.

Dissection : M. RIEFFEL, agrégé, chef des travaux anatomiques. Dissection. Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de 1 h. à 3 h., à l'école pratique. — *Anatomie pathologique* : M. BRAULT, chef des travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique. Conférences et démonstrations. Tous les jours, de 1 h. à 3 h., à l'École pratique. — *Parasitologie* : M. GUIART, agrégé, chef des travaux Parasitologie. Conférences et démonstrations. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 à 3 h., à l'École pratique.

Semestre d'hiver Division des études.

NOUVEAU RÉGIME (DÉCRET DU 31 JUILLET 1893).

1re *année* : Anatomie. — Histologie. — Physiologie. — Chimie biologique. — Physique biologique. — Pathologie générale élémentaire (propédeutique). Travaux pratiques obligatoires : dissection.

2e *année* : Anatomie. — Histologie. — Physiologie. — Pathologie externe. — Pathologie interne. — Cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, dissection.

3e *année* : Pathologie externe. — Pathologie interne. — Pathologie expérimentale et comparée. — Accouchements. — Anatomie pathologique. — Histoire naturelle médicale (parasitologie). — Clinique médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique (parasites animaux et végétaux).

4e *année* : Thérapeutique, — Hygiène. — Médecine légale. — Pharmacologie. — Matière médicale botanique. — Cliniques médicale et chirurgicale. — Cliniques spéciales. — Clinique obstétricale. — Chimie et physique appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique. — Histoire de la médecine et de la chirurgie. Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

5e *année* : Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bacteriologie, etc., etc.

FORMULES

XXII. — Contre le spasme de la glotte des enfants.

Musc	0 gr. 10
Bromure de potassium	1 gr. »
Sirop de fleurs d'oranger	} àà 30 gr.
Eau distillée	

Trois fois par jour, une cuillerée à café.

(COMBY.)

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 13 octobre au samedi 19 octobre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,033 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 386, illégitimes 122. Total 508. — *Sexe féminin* : légitimes, 380, illégitimes, 145. Total, 525.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 13 oct. au samedi 19 octobre 1901, les décès ont été au nombre de 890, savoir : 496 hommes et 394 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2, F. 4. T. 6. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 3, T. 5. — Rougeole : M. 0, F. 2, T. 2. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 0, F. 1, T. 1. — Diphtérie et Croup : M. 5, F. 6, T. 11. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres maladies épidémiques : M. 0, F. 2, T. 2. — Tuberculose des poumons : M. 107, F. 79, T. 186. — Tuberculose des méninges : M. 16. F. 10, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 4, T. 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 22, F. 48, T. 70. — Méningite simple : M. 7, F. 13, T. 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 33. F. 23, T. 56. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 35, T. 68. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 1, T. 4. — Bronchite chronique : M. 15, F. 5, T. 20. — Pneumonie : M. 8, F. 7, T. 15. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 23. T. 51. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 2, F. 1, T. 3 ; autre alimentation : M. 18, F. 11, T. 29.— Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 8, F. 3, T. 11.— Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 3, T. 6. — Cirrhose du foie : M. 16, F. 2, T. 18.— Néphrite et mal de Bright : M. 13, F. 5, T. 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 4, T. 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 30, F. 11, T. 41.— Débilité sénile : M. 6, F. 16, T. 22. — Morts violentes : M. 28, F. 6, T. 34. — Suicides : M. 12, F. 2, T. 14. — Autres maladies : M. 66, F. 55, T. 121.— Maladies inconnues ou mal définies : M. 14, F. 3, T. 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 26, illégitimes, 11. Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 30, illégitimes, 6. — Total : 36.

L'Ecole d'Anthropologie, (XXVI[e] année) rouvrira ses cours publics et gratuits le lundi 4 novembre, à 4 heures, 15, rue de l'Ecole de médecine.

Distinctions honorifiques. — Nous avons le plaisir d'annoncer que notre ami, le Dr P. Poirier, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, vient d'être nommé commandeur de l'Etoile du Nord (Suède).

Catholicisme et Hygiène. — Avec le christianisme, l'hygiène est rejetée dans les limbes. A la recherche de la beauté physique, de l'harmonie des formes, de la plénitude et du libre jeu de la vie, ont succédé le mépris du corps et le dédain de la vie actuelle. (Pinard, *Revue scientifique*. du 12 octobre 1901).

Bourses du service de santé. — Elèves admis à la suite du concours de 1901 : 1° *Bourse entière avec trousseau* : Baillon. Bargeton, Beaumont, Biros, Boyé, Candiotti. Causeret, Cazeneuve. Charrier, Charton, Chatain, Chauliac, Chou, Clerc. Cordier, Coulon. Croidieu, Delahousse. Dellys. Destelle, Diziac, Dorange, Ducos, Duteil, Eybert. Fonsagrives, Frantz, Fulcrand, Gary, Geay, Grondone, Guionie, Hornus (P.-P.), Hornus (G.-G.), Hügel. Jammes, Kœnig, Labougle, Lemonon. Le Petit. Louis. Mahaut, Maillard, Malmonte, Mandoul, Marion. Martin (E.-M.-P.). Martin (E.-M.-V.). Moynet, Nicard, Orticoni, Perdrivet, Pernin, Perrier, Peutot, Pilliot, Pouchet, Querleux, Rayot, Remy, Reynaud, Rolin. Royer, Rudler, Sailly, Saletes, Sanson, de Sauvejunte, Simonin, Thivol, Trèzes, Troche, Turcan, Vuillemot, Zemb. — 2° *Bourse entière sans trousseau* : Grog. 3° *Demi-bourse avec trousseau* : Cathala, Cazotte, Dez, Gottenhiewy, Larroque. Ortal, Paitre, Peridier, Regnault. — 4° *Demi bourse sans trousseau* : Balme, Rigal.

Elèves en cours d'études. — 1° Bourse entière aux élèves pensionnaires : de Gaulejac, Pierrot ; — 2° Demi-bourse à l'élève pensionnaire : Colin ; — 3° Complément de bourse aux élèves demi-boursiers, Blanchet. Mathieu, Morizot.

Morte a cent-sept ans. — Le *Petit Journal* a enregistré, ces jours derniers, la mort d'une centenaire décédée à l'âge de cent ans et six mois. La liste des décès d'hier porte le nom d'une autre centenaire. Mlle Dumaine, âgée de cent sept ans, et demeurant place des Quinconces. Mlle Dumaine, qui était fort riche, a consacré sa vie à des œuvres pieuses et s'est intéressée surtout aux orphelins. Elle est restée alerte et a conservé sa lucidité d'esprit jusqu'au dernier moment. (*Le Petit Journal*).

Le sérum Calmette. — Londres, 21 octobre. Un rapport du médecin de la Compagnie du chemin de fer Bengal-Nagpur, parvenu au bureau de la Compagnie, à Londres, mentionne un cas de guérison remarquable de la morsure du cobra, au moyen du sérum du docteur Calmette. Le médecin de la Compagnie appelé auprès d'une femme indigène, deux heures après qu'elle eût été mordue, l'a trouvée dans un état comateux. Il fit à la malade une injection de sérum à forte dose, qui eut pour résultat de lui faire reprendre ses sens. Un quart d'heure après, encouragé par ce premier résultat, il injecta de nouvelles doses de sérum et, trois heures après, la malade était complètement guérie. (*Echo de Paris*).

Conférence sur les falsifications. — Notre confrère le Dr Tissot a fait dimanche à l'école de la rue des Poissonniers une conférence fort intéressante, véritable leçon de choses sur les *falsifiations habituelles de la pâtisserie, les liqueurs et bonbons.* Il a fait passer sous les yeux du public des spécimens variés des essences artificielles ou bouquets qui servent à parfumer les confitures ou les liqueurs ; en même temps, il soumettait au public les échantillons des colorants les plus ordinaires.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Valentin, de Nancy ; du Dr A. Rosenthal, directeur de la clinique dentaire de la Faculté de Nancy ; de M. le Dr J. Faure Miller, de Paris, médecin de l'hopital Richard-Wallace, chevalier de la Légion d'honneur, qui fut pendant bien des années, le correspondant, à Paris, du journal : « *The Lancet* » ; de M. le Dr Courtois, médecin de l'Association des journalistes parisiens : de M. le Dr Rullier, de Bourg-Saint-Maurice ; de M. le Dr Havel, de Sainte-Barbe du Tlelat (Algérie), de M. le Dr Guiet, de Mont-sur-Guesnes ; de M. le Dr Payelle, d'Amettes : de M. le Dr Ancrenaz, de Bagnins (Suisse) ; de M. le Dr de Wyss, professeur à Zurich.

Chronique des hôpitaux

Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences de Radiologie médicale.* — Le Dr A. Béclère commencera le dimanche 3 novembre à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit *conférences* sur les *premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de Radiographie. Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

Concours de l'Externat : *Série militaire.*— 24 octobre. *Anatomie* : Artère sous-clavière.— 25 octobre *Pathologie* : Injections de sérum artificiel.— 26 octobre. *Anatomie* : Parois osseuses des fosses nasales. — 28 octobre. *Pathologie* : Signes et diagnostic de l'angine diphtérique. — 29 octobre. *Anatomie* : Configuration extérieure et rapports du poumon. — 30 octobre. *Fin de la Série militaire. Pathologie* : Diagnostic des épanchements pleuraux.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publication périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 45. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 9 NOVEMBRE 1901

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

De l'enseignement de la médecine mentale

Les *maladies du système nerveux* forment deux groupes : les *maladies nerveuses* et les *maladies mentales*. Elles ont entre elles des rapports très nombreux, de telle sorte que, pour bien connaître les unes, il est indispensable de bien connaître les autres. Aussi, est-ce avec raison que, dès l'origine du *Congrès des aliénistes* — et auparavant — nous avons soutenu l'idée de réunir dans ce Congrès et les *aliénistes* et les *neurologistes*, persuadé que les uns et les autres bénéficieraient de cette réunion. Au point de vue étiologique, est-ce que l'alcoolisme, l'hérédité, la syphilis, les professions insalubres, les traumatismes, les émotions vives, etc., n'exercent pas une influence considérable sur la production de la plupart des maladies nerveuses et mentales ? Est-ce que les premières n'offrent pas souvent des troubles psychiques qu'on ne peut apprécier à leur juste valeur que si l'on a une connaissance sérieuse des secondes? Il est aussi des affections du système nerveux qui sont du domaine à la fois du neurologiste et de l'aliéniste, par exemple : l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la paralysie générale, la sclérose en plaques, les maladies chroniques du système nerveux chez l'enfant, etc., etc.

L'importance de ces maladies, leur multiplicité, malheureusement de plus en plus grande, les conditions spéciales de leur traitement (hydrothérapie, électrothérapie, gymnastique, massage, etc.), les questions médico-légales qu'elles soulèvent, exigent qu'elles soient l'objet d'un *enseignement complet* dans toutes les Facultés de médecine, et volontiers nous ajouterions : dans toutes les écoles de plein exercice et même les écoles préparatoires, chaque fois qu'il existe, à proximité, un asile d'aliénés.

En 1865, le *Journal de médecine mentale* rappelait que, sous la Restauration, Royer-Collard avait fait un cours de pathologie mentale et en regrettait la disparition. Nous-même, en signalant, la même année et en 1866, la création de chaires à Florence, Turin, Bologne, Naples, Milan (prof. Verga), Padoue (prof. Tibaldi), nous regrettions que notre pays fût tout à fait mal partagé. Ce n'est pas que certains médecins et des plus éminents n'aient pas enseigné l'aliénation mentale, Ferrus, Esquirol, Baillarger, etc. Mais ce fut, à peu près toujours, par périodes et en dehors de la Faculté, sauf Lasègue. Et, à propos d'une citation d'un journal anglais, nous faisions nôtre sa remarque, malheureusement encore vraie, aujourd'hui, à savoir que beaucoup de médecins ordinaires, ignorant les symptômes précurseurs de la folie, les symptômes du début, laissaient trop souvent la maladie suivre son cours, que l'aliéniste n'était généralement appelé que lorsque l'aliénation mentale était devenue ostensible et incurable.

En 1889, dans le *Numéro des Etudiants*, nous avons fait un tableau sommaire de l'état de l'enseignement des maladies mentales, indiqué les cours libres de MM. Magnan, J. Falret, A. Voisin, etc., les chaires officielles, les cours complémentaires qui existaient alors, nous avons donné quelques renseignements sur cet enseignement spécial dans divers pays. De cette rapide enquête, il résultait que si, dans quelques rares pays, cet enseignement était complet au point de vue théorique et pratique, qu'un stage était obligatoire et qu'un examen spécial était imposé aux étudiants, dans la plupart, son organisation était fort imparfaite.

Pour des raisons que nous dirons tout à l'heure, nous avons pensé utile de revenir sur cette partie de l'enseignement, d'indiquer ce qui existe en France et de citer quelques documents relatifs à ce qui se fait dans quelques autres pays.

La Faculté de Paris possède une chaire qui a pour titulaire notre ami, le professeur Joffroy. Ses leçons ont lieu à l'Asile clinique. Elles sont complétées par un cours élémentaire, fait par ses assistants. Un laboratoire, d'où sortent chaque année des travaux intéressants, est annexé à son service (Voir p. 306). Le recrutement des malades y est aussi large que possible, car le professeur a le droit de choisir chaque jour, parmi les malades qui entrent, tous ceux qu'il juge utile à son enseignement. Il les a de première main. M. Joffroy a signalé une lacune : « Il serait à désirer, dit-il, qu'à côté des *internés*, il y eût des *malades libres*, qui sortent de l'hôpital sans passer pour fous aux yeux du public. Ils seraient l'objet d'instructives études et nous permettraient de faire connaître aux élèves les divers départements de la pathologie mentale. » La *Clinique* constitue un véritable *asile urbain*, comme cela existe dans beaucoup de villes universitaires allemandes, annexé à un *asile ordinaire* (1).

La Faculté de Médecine de Lyon a une chaire de clinique des maladies mentales dont le titulaire est M. le professeur Pierret. Tous les jours, de 9 à 11 heures, cours clinique à l'asile de Bron, dont le professeur est médecin en chef. En été, M. Pierret fait chaque semaine trois cours à la Faculté. A notre très vif regret, nous sommes obligé de nous en tenir à ces brefs renseignements.

A la Faculté de médecine de Montpellier la chaire de clinique des maladies mentales est confiée à M. le professeur Mairet, en même temps médecin en chef de l'asile d'aliénés. L'organisation de son service, à part le trop petit nombre de collaborateurs, nous paraît aussi

1. Plusieurs médecins aliénistes, MM. Deny, Séglas, J. Voisin, etc., font des cours libres à la Salpêtrière.

parfaite que possible. M. Mairet a bien voulu nous l'exposer dans une lettre extrêmement instructive à laquelle nous renvoyons nos lecteurs (voir p. 375). Aussi n'insisterons nous pas davantage ici.

La FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE possède une chaire des maladies mentales qui a pour titulaire M. le professeur RÉMOND. Il n'a pu nous donner les renseignements que nous lui avions demandés sur son enseignement en raison de son absence de Toulouse, motivée par une mission en Allemagne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le Dr Bouteille, qui fut médecin-directeur de l'asile d'Armentières du 16 juillet 1874 au 3 septembre 1880, était chargé d'un cours de psychiatrie à la Faculté de Lille et délégué aux fonctions d'agrégé. Son successeur, le Dr Dubiau, remplit les mêmes fonctions jusqu'en 1888. Le cours fut supprimé par un arrêté du 12 octobre 1889 (?). Depuis lors, jusqu'à la fin de 1894, il ne fut donc plus fait de cours de psychiatrie. A partir de l'année scolaire 1895-96, M. le Dr P. KERAVAL a été autorisé par la Faculté et le conseil de l'Université à faire à l'école pratique de la Faculté un cours théorique sur les maladies mentales, complété par des démonstrations sur les malades de l'asile d'Armentières, dont il est le médecin-directeur (1). D'après nos renseignements, une demande a été faite pour transformer ce cours libre en cours complémentaire. Le Conseil des professeurs, les agrégés, ont émis un avis favorable. Reste à connaître la décision du Conseil de l'Université. Il est de son devoir de se montrer favorable à la création de ce cours, car, ainsi que nous l'a dit l'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de médecine de Lille, « c'est une honte de voir une faculté importante dépourvue d'un enseignement aussi utile. Nos jeunes docteurs entrent dans la pratique sans avoir jamais vu un aliéné ! Jugez de leurs certificats. »

A la FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY, l'enseignement de la psychiatrie est confié à un agrégé de la section de médecine et médecine légale, le Dr Pierre PARISOT, qui dispose à cet effet des ressources cliniques de son service à l'hospice Saint-Julien.

Cet hospice, qui est situé au voisinage immédiat de l'hôpital civil, et de la nouvelle Faculté de médecine, reçoit des vieillards des deux sexes, et des malades atteints d'affections chroniques, plus spécialement des centres nerveux ; une *consultation gratuite* pour les maladies mentales et nerveuses a été annexée par M. Parisot à ce service. De cette manière, les étudiants voient, en plus des malades hospitalisés, des cas de folies commençantes, nécessitant l'établissement d'un *certificat médical*, et des types variés de psychopathies, si nombreux aujourd'hui, qui ne réclament pas l'admission dans un asile, et peuvent être traités à domicile. Aux indigents, par suite d'un arrangement intervenu entre l'administration du bureau de bienfaisance de Nancy et le Dr Parisot, on donne des bons pour douches, bains et médicaments. Les élèves sont ainsi familiarisés avec la pratique des maladies mentales et reçoivent, en outre, un enseignement théorique semestriel, l'enseignement clinique étant annuel. Un *laboratoire*, installé depuis un an dans le service de M. Parisot, est outillé pour des recherches de physiologie clinique et d'anatomie pathologique. Les *étudiants en médecine sont interrogés* sur les maladies mentales à l'examen de pathologie interne, et à celui de médecine légale. Les élèves de l'Université, candidats à la licence philosophique qui ont choisi, parmi les matières à option du programme de la licence, les maladies mentales, suivent les conférences de psychiatrie, et l'agrégé chargé de cet enseignement est désigné pour faire partie du jury d'examen de la licence philosophique à la Faculté des lettres.

La FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX attend toujours l'organisation de sa *Clinique des Maladies mentales.*

L'enseignement de cette branche si importante de la médecine, après avoir été assuré pendant dix ans, sous forme de cours libre, par le titulaire actuel, le Dr RÉGIS, est devenu officiel depuis l'année 1892-1893, sous la forme de cours complémentaire de clinique. Le professeur porte le titre de chargé de cours. Depuis l'année 1897-1898, il fait partie des jurys d'examen, il peut ainsi participer à la soutenance des thèses sur la spécialité et interroger les élèves, au 3e et au 4e examens de doctorat, sur la pathologie mentale et la médecine légale des aliénés.

A diverses reprises, des tentatives ont été faites pour doter cet enseignement du service clinique qui lui est indispensable, et, actuellement, de nouveaux projets sont en cours. Il faut espérer que, grâce au bon vouloir de tous les pouvoirs compétents, qui se montrent très favorablement disposés, ces projets aboutiront bientôt, car l'Université de Bordeaux ne peut rester plus longtemps à peu près la seule de France, on peut presque dire du monde entier, sans clinique des maladies mentales. En attendant l'organisation définitive de ce service, le titulaire assure son enseignement de la façon suivante : 1° par *une policlinique* ou consultation gratuite spéciale, rattachée à la Faculté, dans laquelle il examine et commente devant les élèves tous les cas qui peuvent se présenter ; 2° par des *leçons orales*, durant toute l'année, dans lesquelles il expose aussi complètement et aussi pratiquement que possible les principaux éléments de la psychiatrie, les illustrant, à l'occasion, par des présentations de malades appropriés ; 3° par des *leçons cliniques* faites, suivant les circonstances, à l'aide des sujets les plus intéressants et les plus typiques, recrutés soit à la policlinique, soit au service d'admission temporaire des aliénés de l'hôpital, soit dans les salles de médecine et de chirurgie, et mis obligeamment à sa disposition par ses confrères du Corps médical des hôpitaux.

ECOLES DE PLEIN EXERCICE. — Il n'y a ni cours théoriques, ni cours pratiques à *Alger*. On sait d'ailleurs que l'Algérie ne possède pas d'asile et que les aliénés sont envoyés en France, notamment aux asiles d'Aix et de Marseille.

A *Marseille*, diverses tentatives ont été faites, par plusieurs médecins de l'asile : elles ont toutes échoué, faute d'élèves. L'affiche de l'école (voir p. 358) porte que les étudiants seront admis aux visites des médecins sur la présentation de leurs cartes : on nous assure qu'ils ne brillent que par leur absence.

L'école de *Nantes* ne possède pas encore d'enseignement régulier de l'aliénation mentale. Cependant il est probable, nous écrit notre ami, le Dr A. Malherbe, que cette lacune va être comblée cette année. En effet, M. le Dr Biaute, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Jacques, situé dans un des faubourgs de Nantes, se propose de faire en 1902 une série de conférences sur cette spécialité. On ne peut que souhaiter vivement la réalisation de ce projet.

A *Tours*, M. le Dr ARCHAMBAULT, médecin du quartier d'aliénés de l'hôpital général, fait pendant le semestre d'été, une fois par semaine, des conférences cliniques sur les maladies mentales, avec présentation de malades. Ces cours qui, réglementairement, ne devraient s'adresser qu'aux étudiants de troisième année, sont cependant accessibles à tous ceux qui en expriment le désir. Le professeur s'efforce de leur apprendre surtout les notions les plus élémentaires de pathologie mentale. *En l'absence de stage et d'examen,*

(1) M. Keraval a réuni ses conférences dans un livre intitulé : *La pratique de la médecine mentale*, que nous signalons à nos lecteurs. (Vigot frères, éditeurs, Paris.)

il n'y a aucun moyen permettant d'apprécier le résultat de ces conférences.

Écoles préparatoires. — Si nous en jugeons par le programme des cours que nous insérons plus loin, aucun enseignement sur la psychiatrie ne se fait à *Amiens*, *Angers*, *Besançon*, *Caen*, *Clermont-Ferrand*, *Grenoble*, *Poitiers*, *Rennes*, *Rouen*. A *Dijon*, M. le Dr Samuel Garnier fait bénévolement des conférences cliniques à l'asile dont il est le médecin directeur (voir p. 364). A *Limoges*, M. le Dr Doursout, médecin-directeur de l'Asile de Naugeat, donne tous les dimanches, en été, une quinzaine de leçons de médecine mentale. Elles seraient suivies par 40 ou 50 étudiants, résultats encourageants pour les autres Ecoles.

A *Besançon*, à *Poitiers*, dans les considérations qui accompagnent le programme de ces écoles, il est dit que les étudiants peuvent assister aux visites des hospices où il y a un quartier d'aliénés, mais il n'est fait mention d'aucun enseignement (1).

De ce rapide exposé, il ressort qu'il n'y a de chaires officielles qu'auprès des Facultés de Paris, Montpellier, Lyon et Toulouse; qu'à Bordeaux et Nancy il n'y a que des cours complémentaires; qu'il ne se fait à Lille qu'un cours libre; qu'à l'exception de Dijon, Limoges et Tours, les Ecoles de plein exercice et les Écoles préparatoires ne mettent à la disposition des élèves aucun enseignement de la médecine mentale.

Une première réforme s'impose ! C'est la création d'un enseignement régulier de la médecine mentale, y compris la médecine légale des aliénés, dans toutes les Facultés, les Ecoles de plein exercice, et nous ajouterons dans les Écoles préparatoires qui ont, à proximité, un asile d'aliénés. Les hommes compétents et de bonne volonté ne manquent pas (2). On doit les utiliser et, comme tout travail mérite salaire, il est du devoir de l'Etat, des Universités et des Villes de les rémunérer.

En ce qui concerne les Écoles préparatoires de médecine, l'on pourrait nous objecter que les étudiants de ces écoles n'ont pas encore toutes les connaissances médicales qui leur permettent de profiter en plein de l'enseignement clinique des maladies mentales.

Nous répondrons que cet enseignement, qu'on peut faire élémentaire, rendra certainement des services en les préparant à bénéficier de l'enseignement complet qu'ils devront suivre plus tard.

Les *consultations externes* pour des malades libres, instituées par plusieurs professeurs, notamment à Paris (3), à Nancy, à Bordeaux, etc., rendent de réels services aux étudiants. Ils voient là, en effet, d'ordinaire, des malades au début de leur affection mentale. C'est là un enseignement précieux dont l'importance est bien mise en relief par M. le professeur Mairet. (V. p. 375.)

Les graves intérêts qui sont en cause concernant les malades, les familles, la sécurité publique, la progression malheureusement constante de la folie occasionnée par l'alcoolisme, malgré les Ligues, les Conférences, les publications de toutes sortes, rendent tout à fait nécessaire l'organisation d'un enseignement complet, avec tout l'outillage qu'il comporte, de la psychiatrie et de la médecine légale des aliénés. Les étudiants sauront alors reconnaître l'aliénation dès son début, pourront intervenir sans hésitation, arrêter parfois son évolution, apprécier la nécessité de l'internement et remplir avec moins d'insuffisance les prescriptions légales. Aujourd'hui, beaucoup de jeunes médecins ignorent ce qu'ils doivent faire en face d'un cas de folie; ils hésitent, temporisent et, quand ils se décident à conseiller l'hospitalisation, ils rédigent des *certificats* incohérents. Ce n'est que lorsqu'ils sont aux prises avec les difficultés de la pratique qu'ils se rendent compte de cette lacune dans leurs connaissances médicales. Nous pourrions, à l'appui, reproduire un grand nombre de certificats. Plus difficile sera leur situation lorsque le nouveau projet de loi sur les aliénés sera enfin voté. Ils devront, en effet, faire « un rapport au Procureur de la République sur l'état mental de la personne à placer, signé d'un docteur en médecine ; ce rapport doit être circonstancié, il doit indiquer notamment : la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours, les symptômes observés et les preuves de folie constatées personnellement par le signataire, la marche de la maladie, ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade par un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé. »

Et plus loin, dans le même article, il est dit :

« ... En cas d'urgence, l'admission peut avoir lieu sur la présentation d'un rapport médical sommaire; mais le médecin certificateur doit, dans le délai de deux jours, produire un rapport détaillé, conformément aux dispositions ci-dessus.... »

Pour s'acquitter honorablement de leur tâche, les médecins seront obligés d'étudier, plus qu'ils ne le font, l'aliénation mentale. Pour arriver à ce but, il est nécessaire d'imposer à tous les étudiants un stage d'au moins 3 mois dans les services d'aliénés. Pour que ce stage ne soit pas illusoire, il conviendra d'instituer un examen, ainsi que cela existe dans un grand nombre de pays, par exemple, en Allemagne.

Le nouveau règlement des examens des médecins dans les universités allemandes du 28 mai 1901 spécifie que les candidats doivent subir une épreuve portant sur les maladies mentales. L'article 15 est ainsi conçu : l'examen portant sur la médecine mentale doit être subi devant un examinateur dans le service d'aliénés d'un hôpital ou dans une clinique universitaire et devra être terminé le jour même.

(1) Il est probable que nos renseignements sont insuffisants sur quelques écoles. Nous sommes prêts à insérer les rectifications qu'on voudra bien nous adresser.

(2) Pour réaliser ce but, il faut que le gouvernement veille avec le plus grand soin au recrutement des directeurs des asiles, qui devraient toujours être des médecins, ainsi qu'au recrutement de ses médecins en chef.

(3) Nous avons contribué pour notre part au bon fonctionnement de la consultation de l'Asile clinique (*Conseil général*, installation des bains externes, etc.), de celles de la Salpêtrière (*Conseil municipal*), et de Bicêtre.

Le candidat doit se livrer, en présence de l'examinateur, à l'examen d'un aliéné, préciser les antécédents du malade, le diagnostic et le pronostic de l'affection, établir le traitement, consigner les résultats de son examen dans un rapport qui sera contresigné par l'examinateur et de plus subir un interrogatoire portant sur d'autres malades afin de faire la preuve qu'il possède les connaissances psychiatriques nécessaires pour un médecin praticien. Le candidat doit, en outre, fournir un certificat constatant qu'il a fait un stage d'un semestre dans une clinique psychiatrique (1).

En Allemagne, le nombre des universités est de vingt, chaque université possède une clinique psychiatrique. La réforme, au début en 1889, est, à l'heure actuelle, complètement réalisée.

En résumé, nous demandons la création de chaires de cliniques dans les facultés qui n'en possèdent pas, de cours complémentaires dans toutes les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires où cela est possible. Nous demandons que les cliniques psychiatriques soient placées sur un pied d'égalité avec les cliniques médicales, chirurgicales et obstétricales : *stage* et *examen*.

BOURNEVILLE.

Les cliniques psychiatriques des Universités allemandes.

Sur l'organisation des cliniques de psychiatrie à l'étranger, le lecteur trouvera de nombreux documents dans les *Archives de neurologie*. En ce qui concerne les Universités allemandes, nous devons leur signaler le remarquable travail publié par notre collaborateur le Dr Paul Sérieux dans les années 1900 et 1901 du même Recueil. Les documents qu'il renferme montreront combien notre enseignement, à cet égard, est au-dessous de celui de l'Allemagne. Il est du devoir du gouvernement de la République de regagner le temps perdu, de prendre dans tous les pays, en Allemagne principalement, tout ce qu'il y a de bon, et de l'introduire chez nous. Il s'agit là d'une réforme urgente et de premier ordre.

L'Esprit Scientifique.

« En rédigeant cet ouvrage (2), j'ai tâché d'être *juste* envers *tous* les auteurs qui ont exécuté des travaux sur le sujet que je traite : dans le cas où j'aurais montré de la partialité pour ou contre quelques-uns, dans le cas probable où j'aurais omis d'en mentionner quelques autres, loin de trouver mauvais qu'on me le fasse apercevoir, je le désire, au contraire ; car n'ignorant pas ce que la culture des sciences coûte de temps et de peines, je ne voudrais contribuer en rien à priver un auteur du fruit de ses veilles et de son génie. »

Puissent les ETUDIANTS, *auxquels s'adresse plus spécialement ce* NUMÉRO, *s'inspirer de ces sentiments de* JUSTICE *en tout et partout !*

AVIS

THÈSES DE DOCTORAT. — *Toutes les thèses de doctorat, dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du journal, seront analysées.*

Tous les Abonnés du Progrès Médical *peuvent consulter les journaux de médecine, français et étrangers, reçus en échange, en prévenant deux jours à l'avance, tous les jours de 3 à 6 heures.*

(1) *Psych. Wochens.*, 22 juin 1901.

(2) *Anatomie comparée du système nerveux considéré dans ses rapports avec l'intelligence*, par Fr. Leuret. (Préface, p. XII).

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902.

1er Trimestre de l'Année scolaire 1901-1902.

Les Cours du Semestre d'Hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 1er Novembre 1901.

I. *Cours.* — *Physique biologique* : M. GARIEL. Application de la méthode graphique aux sciences biologiques. — Notions de mécanique animale. — La chaleur en physiologie et en médecine. — Des actions moléculaires ; applications physiologiques. Lundi, mercredi, vendredi à 5 heures. (Amphithéâtre de physique et chimie à la Faculté. — *Anatomie* : M. FARABEUF. *Parties sus-diaphragmatiques du corps humain* (cavités de la face, bouche, pharynx, œsophage, larynx, trachée, poumons, plèvre : cœur, gros vaisseaux du cou et du membre supérieur, etc.). Lundi, mercredi, vendredi à 4 heures, (Grand Amphithéâtre de la Faculté). — *Histologie* : M. MATHIAS-DUVAL. Les épithéliums et les glandes en général ; — la peau et ses glandes : — les muqueuses et leurs glandes ; — l'estomac, le pancréas, le foie et le rein. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. (Grand Amphithéâtre de la Faculté). — *Pathologie médicale* : M. HUTINEL. Maladies des glandes vasculaires sanguines et maladies de la nutrition. Mardi, jeudi, samedi à 3 heures. (Grand Amphithéâtre de la Faculté). — *Anatomie pathologique* (fondation Dupuytren) : M. CORNIL. L'appareil respiratoire (larynx, poumon, plèvre) et l'appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). Lundi, vendredi, à 3 heures. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). Mercredi, à 2 heures (Ecole pratique). — *Thérapeutique* : M. N... — *Physiologie* : M. RICHET. Système nerveux. — Nutrition. — Respiration. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Conférences de Médecine légale* : M. BROUARDEL. Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue). — *Pathologie expérimentale et comparée* : M. CHANTEMESSE. Pathologie générale expérimentale. Mardi, jeudi et samedi à 5 heures. (Amphithéâtre du Laboratoire de pathologie expérimentale à l'Ecole pratique). — *Pharmacologie et matière médicale* : M. POUCHET. Etude des modificateurs du système nerveux périphérique. — Modificateurs névro-musculaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. (Amphithéâtre de pharmacologie à la Faculté). — *Pathologie chirurgicale* : M. LANNELONGUE. Maladies chirurgicales de l'abdomen. — Appendicites en particulier. — De la radiographie en chirurgie. — Quelques tuberculoses. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

II. *Cliniques* (Visite des malades tous les matins). — *Cliniques médicales* : MM. LANDOUZY, à Laennec, mardi et samedi, à 10 heures. HAYEM, à l'hôpital Saint-Antoine, mardi et samedi, à 10 heures. DIEULAFOY, à l'Hôtel-Dieu, mercredi, samedi, à 10 h. 1/2. DEBOVE, à l'hôpital Beaujon, mardi et samedi à 10 heures. — *Cliniques chirurgicales* : M. DUPLAY, à l'Hôtel-Dieu, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. LE DENTU, à l'hôpital Necker, mardi, vendredi, à 9 h. 1/2. TILLAUX, à la Charité, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. TERRIER, à la Pitié, mardi, vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. JOFFROY, à l'Asile clinique (Sainte-Anne), lundi et vendredi, à 2 heures 1/2. — *Clinique des maladies des enfants* : M. GRANCHER (M. MÉRY, agrégé, chargé de cours), à l'Hopital des Enfants Malades, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. RAYMOND, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique ophtalmologique* : M. DE LAPERSONNE, à l'Hotel-Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. GUYON, à l'hopital Necker, mercredi et samedi a 9 heures. — *Cliniques d'accouchements* : M. PINARD, à la Clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal, lundi et vendredi, à 10 heures. M. BUDIN, à la Clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas, mardi et samedi à 9 h. — *Clinique gynecologique* (fondation de la Ville de Paris) M. POZZI, à l'hopital Broca, lundi, vendredi, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale infantile* (fondation de la Ville de Paris). M. KIRMISSON, a l'hôpital Trousseau nouveau, mardi, samedi, a 10 heures.

III. *Conférences.* — *Chimie biologique* : M. CHASSEVANT, agrégé. Principes constitutifs des tissus, humeurs et excrétions animales. Tissus musculaires, conjonctifs, nerveux et glandulaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. (Amphithéâtre de Physique et de Chimie, à la Faculté). — *Anatomie* (Cours du chef des Travaux) : M. RIEFFEL, agrégé, chef des travaux anatomiques. Anatomie descriptive et topographique de l'abdomen et du bassin. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Pathologie générale élémentaire* : M. THIROLOIX.

agrégé. Processus pathogéniques généraux. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — *Histoire naturelle* médicale : M. GUIART, agrégé. Animaux parasites et maladies qu'ils déterminent, mardi, jeudi, samedi, au laboratoire d'histoire naturelle.— *Pathologie interne* : M. ACHARD, agrégé. Maladies du foie et des reins. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique)- — *Pathologie externe* : M. WALTHER, agrégé. Maladies chirurgicales des tissus. — Tumeurs. — Maladies des membres. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Médecine légale* : M. THOINOT, agrégé. Blessures. — Accidents du travail. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — *Hygiène* : M. WURTZ, agrégé. Conférences pratiques d'hygiène. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. (Laboratoire d'hygiène). — *Obstétrique* : M. DEMELIN, agrégé. Grossesse et accouchement physiologiques. Pathologie de la grossesse. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — *Maladies de la peau* : M. JANSELME, agrégé. Dermatoses diathésiques. Dimanche, à 10 h. 1/2. (Hôpital Saint-Louis).

IV. *Travaux pratiques.* — *Dissection* : M. RIEFFEL, chef des Travaux anatomiques. Dissection ; démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de 1 heure à 3 heures.(Ecole pratique). — *Chimie biologique* : M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. Manipulations de chimie biologique ; conférences et démonstrations. Mardi, jeudi et samedi, de 9 heures à 11 heures du matin. (Ecole pratique). — *Anatomie pathologique* : M. BRAULT, chef des Travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique : conférences et démonstrations. Tous les jours, de 1 à 3 heures. (Ecole pratique). — *Parasitologie* : M. GUIART, chef des Travaux. Parasitologie : conférences et démonstrations. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 3 h. (Ecole pratique). — *Physique biologique* : M. WEISS, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique biologique. Mardi, vendredi, de 9 heures à 11 heures. (Ecole pratique). — *Histologie* : M. REITERER, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques d'histologie (1re année). Lundi, mercredi, de 9 heures à 11 heures. (Ecole pratique).

V. *Division des Etudes.* — *Nouveau régime* (décret du 31 juillet 1893). — *Première année* : Anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique, physique biologique, pathologie générale élémentaire (propédeutique). — Travaux pratiques obligatoires : chimie biologique, physique biologique, dissection, histologie.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie,pathologie externe, pathologie interne, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires ; stage hospitalier, dissection.

Troisième année : Pathologie interne, pathologie externe, pathologie expérimentale et comparée, accouchements, anatomie pathologique, histoire naturelle médicale (parasitologie), cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux).

Quatrième année : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie, matière médicale botanique, cliniques médicale et chirurgicale, cliniques spéciales, clinique obstétricale, chimie et physique appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique, histoire de la médecine et de la chirurgie. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Cinquième année. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

VI. — *Renseignements.* — Le *Musee Orfila* et le *Musee Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

MM. les Etudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la Bibliothèque. A partir du 16 novembre, l'entrée de la bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation. Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire) sans être porté sur le registre d'immatriculation. (Décret du 21 juillet 1897.) Voir plus loin : immatriculation, inscriptions, etc.

Travaux pratiques.

Les travaux obligatoires sont :

1° Nouveau régime. *a*) Première année. Hiver : Physique biologique, chimie biologique, histologie, dissection. Eté : Histologie, physiologie. — *b*) Deuxième année. Hiver : Dissection. Eté : Physique biologique, histologie, physiologie. — *c*) Troisième année. Hiver : Anatomie pathologique, parasitologie. Eté : Chimie pathologique, médecine opératoire.

2° Ancien régime. *a*) Deuxième année. Hiver : Dissection. Eté : Histologie, physiologie. — *b*) Troisième année. Hiver : Dissection. Eté : Physiologie. — *c*) Quatrième année. Hiver : Anatomie pathologique. Eté : Médecine opératoire.

Epoques des travaux : Les travaux pratiques du semestre d'hiver commencent dans la deuxième quinzaine d'octobre et se terminent du 1er au 15 mars. — Les travaux pratiques du semestre d'été commencent du 1er au 15 mars, et se terminent dans la première quinzaine de juillet. Les jours et les heures des exercices pratiques sont arrêtés par la Faculté, et indiqués dans l'affiche générale des cours.

Mise en série des élèves. — La mise en série des élèves aux travaux pratiques a lieu, savoir : a) *Travaux du semestre d'hiver.* — Les élèves sont inscrits pour être appelés aux exercices après avoir acquis l'inscription du trimestre de novembre. Ils ne sont maintenus sur la liste d'appel que s'ils prennent l'inscription du trimestre de janvier dans les délais réglementaires indiqués par l'affiche spéciale (*Immatriculation, inscriptions*, etc.). — b) *Travaux du semestre d'eté* : Les élèves sont inscrits pour être appelés aux exercices après avoir acquis l'inscription du trimestre de janvier. Ils ne sont maintenus sur la liste d'appel que s'ils prennent l'inscription du trimestre d'avril dans les délais réglementaires, indiqués par l'affiche spéciale (*Immatriculation, inscriptions*, etc.).

Convocations aux exercices pratiques. — MM. les élèves sont appelés à participer aux exercices pratiques par lettre de convocation individuelle, et dans l'ordre de la prise des inscriptions trimestrielles. — Pour les exercices de dissection, sont appelés vers la fin d'octobre à choisir un pavillon, MM. les élèves qui ont pris l'inscription trimestrielle de juillet (4e : nouveau régime et 8e : ancien régime) à la Faculté de médecine de Paris (voir les indications contenues dans l'affiche spéciale : *Dissection*). — Les admissions aux travaux pratiques de médecine opératoire ont lieu dans les conditions indiquées à l'affiche spéciale (*Médecine opératoire*, paraissant fin février et commencement d'octobre).

Travaux exigés pour la delivrance des inscriptions. (*Nouveau régime*). Pour prendre : Troisième inscription, il faut avoir accompli les travaux pratiques ci-après, et avoir obtenu des notes satisfaisantes d'assiduité et de travail : Physique biologique, chimie biologique, histologie, dissection. — Quatrième inscription : Histologie et physiologie. — Septième inscription : Dissection. — Huitième inscription : Physique biologique, histologie, physiologie. — Onzième inscription : Anatomie pathologique, parasitologie. — Douzième inscription : Médecine opératoire.

(*Ancien régime*). — Pour prendre : Septième inscription, il faut avoir accompli les travaux pratiques ci-après, et avoir obtenu des notes satisfaisantes d'assiduité et de travail : Dissection. — Huitième inscription : Histologie, physiologie. — Onzième inscription : Dissection. — Douzième inscription : Physiologie. — Seizième inscription : Anatomie pathologique, médecine opératoire. L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive (art. 16 du décret du 21 juillet 1897).

Séries supplémentaires et séries facultatives. — Des séries supplémentaires, pour tous les travaux pratiques, sont ouvertes du 15 juin au 15 juillet. Sont admis dans les séries supplémentaires sur leur demande et après autorisation : 1° Les élèves n'ayant pas répondu à leur convocation pour une série régulière ; 2° Ceux dont les notes d'assiduité et de travail ont été insuffisantes dans le cours de la série régulière (ces derniers acquittent un droit de 15 francs). — Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries spéciales, facultatives, de travaux pratiques réglementaires, sont formées en octobre. Le montant des droits à acquitter est de 50 francs pour chaque série d'exercices. Pour être admis dans ces séries spéciales, MM. les étudiants doivent en faire la demande écrite à M. le Doyen, du 15 septembre au 2 octobre, en indiquant la nature des travaux qu'ils désirent suivre.

Travaux pratiques facultatifs (*séries speciales d'octobre*). Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries facultatives de travaux pratiques réglementaires seront formées en octobre. Pour y être admis, une demande écrite devra être adressée à M. le Doyen, du 15 septembre au 2 octobre, en indiquant la nature des travaux à suivre. Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux étudiants inscrits. Le montant des droits à acquitter est de 50 francs pour chaque série d'exercices.

Stage hospitalier

La durée du stage est de trois ans ; il est accompli pendant les deuxième, troisième et quatrième années de scolarité. Les deux

premières années de stage sont faites dans les services généraux de médecine et de chirurgie. Pendant la troisième année les élèves accomplissent : 1° un stage d'accouchement ; 2° un stage dans un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires, etc. Ces dispositions ne sont pas applicables à MM. les internes et externes des hôpitaux (voir les indications contenues dans l'affiche spéciale : Stage hospitalier). — Le stage de spécialité est accompli pendant le semestre d'hiver : le stage d'accouchement est accompli pendant le semestre d'été. Au moment où leur nom est appelé, lors du classement des stagiaires, les élèves de troisième année de stage désignent : 1° le service de spécialité auquel ils désirent être attachés pendant l'hiver : 2° le service d'accouchement auquel ils désirent être attachés pendant l'été. Les autres stagiaires désignent les services généraux de médecine ou de chirurgie auxquels ils désirent être attachés pendant l'année scolaire. — MM. les étudiants de 3e année de stage qui ne sont pas en possession de la 12e inscription au moment du classement, ne peuvent être admis à choisir que parmi les services généraux de médecine ou de chirurgie. Toutefois, si la 12e inscription est acquise avant l'expiration du premier trimestre de stage, ces étudiants peuvent être admis à accomplir le stage de spécialité à partir du 1er mars. Une demande écrite doit être adressée dans ce but à M. le Doyen avant le 15 février. — L'enseignement commence le 1er décembre pour se terminer le 15 juin. Les élèves qui, pour des motifs légitimes, n'ont pu accomplir régulièrement le stage pendant cette période, peuvent être autorisés, dans le but de régulariser leur situation, à accomplir un stage supplémentaire pendant les vacances. Dans ce but, les élèves intéressés adressent une demande écrite à M. le Doyen, du 15 juin au 15 juillet, en indiquant le service dans lequel ils désirent faire le stage (clinique médicale ou chirurgicale). Cette faveur n'est accordée qu'aux élèves régulièrement inscrits en qualité de stagiaires au début de l'année scolaire.

Examens.

Les examens ont lieu aux époques suivantes, et dans les limites fixées chaque année par la Faculté (voir les affiches spéciales : Consignations pour examens). — *Nouveau régime* : Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription : le second entre la huitième et la dixième : le troisième entre la treizième et la seizième ; la quatrième et le cinquième après la seizième. — *Ancien régime* : Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième : la première partie du deuxième examen est subie trois mois après la dixième inscription et avant la douzième, c'est-à-dire après quatre trimestres de dissection : la seconde partie de cet examen est subie après la douzième et avant la quatorzième inscription. — Les candidats sont admis à se présenter au troisième examen dès la prise de la seizième inscription. — Les dates des dernières épreuves (4e, 5e examens et thèse) sont fixées chaque année, et indiquées dans l'affiche spéciale (Limites des Consignations).

Exercices de dissection. — Classement dans les pavillons de dissection. (École pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.) — I. *Étudiants de 2e année de dissection.* — Les étudiants de 2e année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection. — Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1901, à la Faculté de Médecine de Paris, la 8e inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'études : 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1901, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou École des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre). Le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté à 9 heures du matin, le lundi 28 octobre 1901. Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre. (Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.) — II. *Étudiants de 1re année de dissection.* — Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la 5e inscription. Les étudiants, appelés sous les drapeaux en 1901-1902, sont priés d'en informer le doyen, aussitôt que possible.

Personnel des Travaux Pratiques.

Chimie. — *Chef des travaux* : M. Hanriot, agrégé. — *Préparateur* : M. Hébert. — *Préparateurs adjoints* : MM. Perret, Moog, Aronssohn, Pourret.

Physique. — *Chef des travaux* : M. Weiss, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Sandoz et Carvallo.

Parasitologie. — *Chef des travaux* : M. Guiart. — *Préparateurs* : MM. Neveu-Lemaire, Jumentié, Brumpt.

Histologie. — *Chef des travaux* : M. Retterer, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Benoit, Thérèse, Vincent, Maugery, Morin, Mulon, Wéber. — *Aides préparateurs* : MM. Bernard, Bellan, Jaworowski, Vigier, Geoffroy Saint-Hilaire, Pissot.

Anatomie. — *Chef des travaux* : M. Rieffel. — *Prosecteurs* : MM. Ombredanne, Proust, Veau, Guibé, Duval, Labey. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Lenormant, Schwartz, Iselin, Fresson, Alglave, Chifoliau, Alexandre, Renon, Léo, Lucène, Desjardins, Baumgartner, Huguier, Auffret. — *Chef du matériel* : M. Boucher.

Physiologie. — *Chef des travaux* : M. Laborde. — *Laboratoire de* M. le Pr Charles Richet : M. Langlois, chef de laboratoire ; M. Héricourt, chef adjoint. — *Travaux pratiques* : M. Camus, chef adjoint ; M. Wiel, préparateur.

Anatomie pathologique. — *Chef des travaux* : M. Brault. — *Laboratoire* de M. le professeur Cornil : MM. Marie et Griffon, préparateurs. — *Travaux pratiques* : *Préparateur*, M. Legry : *Moniteurs* : MM. Critzman, Potier, Sergent.

Stage hospitalier

Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de Paris. — Extrait du décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de Médecine de Paris (20 novembre 1893).

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés, pendant un trimestre, aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et à la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4 — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont 1° les services de clinique générale de la Faculté de Médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont : 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de Médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités, dans les divers établissements hospitaliers. M. le directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6.— Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le Directeur de l'Assistance publique. Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens. Le directeur présidera la Commission : en cas de partage, la voix du président sera prépondérante. Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du Directeur de l'Assistance publique, au Doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3.000 fr. Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen. Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront, de préférence, répartis dans les hôpitaux du centre ; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux, qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchement, devront faire un stage dans un de ces services, ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12.— Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté, ne recevront pas cette autorisation.

Stage hospitalier.

I. — *Inscription des stagiaires.* — Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1901-1902, et qui auront pris l'inscription de juillet 1901, à la Faculté de Médecine de Paris, savoir : 8e ou 12e (régime de 1878), 4e, 8e ou 12e (régime de 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1901, MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1901 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou une Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre : ces élèves sont invités, en conséquence, à demander le transfert de leur dossier au plus tard le 1er octobre.)

II. — *Classement des stagiaires.*— Les stagiaires inscrits conformément au paragraphe 1, sont répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec ; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions. Les élèves en cours irrégulier d'études sont classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires sont appelés à choisir les services dans lesquels ils désirent faire le stage. Aucune exception à cette règle n'est admise. Une lettre de convocation individuelle est adressée aux stagiaires. Les titulaires d'enseignement doivent s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement. Le choix des services a lieu les 2, 4 et 5 novembre 1901, de 9 heures à 11 heures du matin, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté. Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seront pas inscrits ne pourront pas prendre d'inscriptions. L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commence irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

III. — *Stage d'accouchement et stage spécial.* — Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études sont attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils doivent, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er § 4, du décret du 20 novembre 1893). Ces dispositions ne sont pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux appartenant au nouveau régime d'études, que l'Administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ses services spéciaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. Le certificat à produire devra être revêtu de la signature du chef de service d'accouchement et du directeur de l'hôpital, ainsi que du visa de M. le secrétaire général de l'Assistance publique.

IV. — *Justification du stage.* — Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par les soins de l'Administration générale de l'Assistance publique. L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire régulièrement inscrit et classé ; — l'inscription d'avril n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus ; — l'inscription de juillet n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin. MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux, sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions, qu'ils déposent deux jours à l'avance, chez le concierge de la Faculté, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. MM. les étudiants délégués par l'Administration de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents fournissent à la Faculté : au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de M. le secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique attestant leur délégation dans les fonctions d'externes : trimestriellement, pour les inscriptions à prendre, un certificat de leur chef de service, dans les mêmes conditions que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux. MM. les internes en pharmacie, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés en qualité d'internes en pharmacie. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, ils remplissent les mêmes formalités que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

MM. les élèves officiers de santé ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ils se font inscrire au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique (avenue Victoria, 3). Sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions, une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers. MM. les élèves officiers de santé justifient de leur stage au moyen d'un certificat de leur chef de service qu'ils produisent trimestriellement, dans les mêmes conditions que celles indiquées plus haut pour MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

Inscriptions. Formalités à remplir.

Inscription des élèves nouveaux.

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 1er octobre au 15 novembre 1901. La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° Acte de naissance. 2° Consentement du père ou tuteur. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur ; la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur.) 3° Diplome de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie). 4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. 5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Revaccination (Extrait de l'arrêté du 5 janvier 1891).

Le Ministre de l'Instruction publique, etc. Arrête : Art 1er. — Les aspirants au grade de docteur en Médecine ne seront admis à s'inscrire dans les Facultés, que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Les Facultés détermineront les conditions de ce contrôle. (Rappelons que c'est le *Progr. med.* qui a réclamé la REVACCINATION).

Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a décidé que la revaccination aura lieu : 1° à l'Académie de Médecine, 41, rue des Saints-Pères ; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu. Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

Régime scolaire et disciplinaire des Universités.
(Décret du 21 juillet 1897.)

TITRE 1er. — DE L'IMMATRICULATION ET DES INSCRIPTIONS

Article 1er. — Il est tenu dans les Facultés et les écoles de chaque Université, ainsi que dans les Ecoles d'enseignement supérieur

extérieures aux sièges des Universités, un registre d'immatriculation.

Art. 2. — Sur ce registre sont portés, sous des numéros distincts, les nom et prénoms de chaque étudiant, la date et le lieu de sa naissance, son domicile personnel et celui de ses parents ou tuteur, et l'ordre d'études qu'il poursuit.

Art. 3. — Nul, sauf les exceptions prévues aux articles 25 et 26 du présent décret, n'est admis aux travaux d'une Faculté ou école, s'il n'est porté comme étudiant sur le registre d'immatriculation de la Faculté ou école.

Art. 4. — Sont portés d'office sur le registre d'immatriculation, les étudiants inscrits en vue d'un grade déterminé, en exécution de l'article 8 du présent décret. Les autres sont immatriculés sur la production : 1° de leur acte de naissance ; 2° de l'autorisation de leur père ou tuteur, s'ils sont mineurs ; 3° de leurs diplômes ou certificats ; 4° d'une note indiquant leurs études antérieures et l'ordre d'études qu'ils poursuivent.

Art. 5. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement.

Art. 6. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée chaque année contre remise de la carte de l'année précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata.

Art. 7. — Les cartes d'étudiant sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées.

Art. 8. — Tout étudiant qui poursuit l'obtention d'un des grades institués par l'État est astreint aux inscriptions trimestrielles prévues aux règlements spéciaux de ce grade.

Art. 9. — Un règlement arrêté, sous réserve de l'approbation du Ministre, par le conseil de l'Université, ou, pour les écoles extérieures aux sièges des Universités, par le conseil de ces écoles, fixe le délai pendant lequel le registre d'inscriptions demeure ouvert à chaque trimestre. En cas de clôture du registre, un délai de huit jours à dater de leur réception, de leur mise en congé ou de leur libération, est accordé : 1° aux bacheliers de l'enseignement secondaire reçus à la session de novembre ; 2° aux étudiants en cours d'études reçus à la même session ; 3° aux étudiants mis en congé ou libérés en exécution de la loi sur le recrutement de l'armée.

Art. 10. — Le registre des inscriptions est tenu sans blancs ni lacunes. Il est clos aux dates réglementaires par le doyen ou directeur et visé ensuite par le recteur ou son délégué.

Art. 11. — L'immatriculation et les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut se faire immatriculer ou inscrire par un tiers.

Art 12. — En se faisant immatriculer ou inscrire, l'étudiant est tenu de déclarer sa résidence personnelle, ainsi que celle de ses parents ou tuteur. Il est également tenu de déclarer tout changement de l'une ou de l'autre de ces résidences.

Art. 13. — L'étudiant immatriculé ou inscrit dans une Faculté ou école peut se faire immatriculer ou inscrire dans une autre Faculté ou École de la même Université, sur le vu d'un certificat constatant son immatriculation ou son inscription antérieure et sans avoir à produire celles des pièces réglementaires qu'il a déjà déposées.

Art. 14. — La première inscription en vue d'un grade ou d'un titre doit être prise au début de l'année scolaire. Les pièces à déposer par l'aspirant sont : 1° son acte de naissance ; 2° l'autorisation de son père ou tuteur, s'il est mineur ; 3° les diplômes, certificats ou pièces requis par le règlement spécial du grade auquel il aspire. La première inscription ne peut être prise après le 1er décembre, sauf dans les cas prévus à l'article 9.

Art. 15. — Les inscriptions consécutives à la première sont prises à chaque trimestre dans les délais réglementaires. Pour être admis à les prendre, l'étudiant doit justifier de son assiduité aux cours et exercices obligatoires. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le doyen ou directeur peut accorder l'autorisation de prendre, soit une inscription après clôture du registre, soit cumulativement avec l'inscription d'un trimestre, l'inscription du trimestre précédent. Toute autorisation d'inscriptions rétroactives portant sur plus d'un trimestre est réservée à la décision du Ministre.

Art. 16. — L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité, par décision du conseil de la Faculté ou école, ou de la commission scolaire nommée par lui. La décision est définitive. L'inscription refusée peut être autorisée rétroactivement, dans les mêmes formes, au trimestre suivant. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Art. 17. — Il est interdit de prendre simultanément des inscriptions en vue du même grade, soit dans deux établissements publics, soit dans un établissement public et dans un établissement libre. Il est interdit de se faire inscrire en vue du même examen, pendant la même session, dans deux établissements différents. Il est interdit aux candidats ajournés de se présenter de nouveau au même examen pendant la même session. Les examens subis en violation de ces dispositions sont nuls, de plein droit, sans préjudice des poursuites disciplinaires.

Art. 18. — Le règlement prévu à l'article 9 détermine le temps que les étudiants inscrits peuvent valablement passer dans une Université étrangère, ainsi que les justifications à produire à leur retour. Sur le vu de ces justifications, le temps passé par eux à l'étranger entre en compte dans leur scolarité réglementaire, et ils sont dispensés des droits d'études, d'inscriptions, de travaux pratiques et de bibliothèque correspondant à cette partie de leur scolarité.

Art. 19. — Sauf motifs jugés valables par la Faculté ou école, les inscriptions correspondant à un examen sont périmées de plein droit si, dans les deux ans qui suivent la dernière, l'étudiant n'a subi aucune épreuve. Ce délai est de trois ans pour les licences ès sciences et ès lettres. Elles sont également périmées si l'étudiant s'est présenté sans succès à l'examen, mais n'a pas renouvelé l'épreuve avant l'expiration des délais ci-dessus indiqués. Dans le cas où l'épreuve a été renouvelée sans succès avant l'expiration de ces délais, les inscriptions restent valables pour l'année scolaire qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu le dernier ajournement. Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès demeure acquis. Le temps passé sous les drapeaux s'ajoute au délai entraînant la péremption. Ce délai n'est pas opposable aux internes en médecine et en pharmacie qui n'ont pas subi tous leurs examens.

Art. 20. — Il est constitué dans chaque Faculté ou école, un dossier pour chaque étudiant. Ce dossier contient : 1° Les pièces déposées en vue de l'immatriculation ou de l'inscription ; 2° un relevé, avec dates à l'appui, de la scolarité de l'étudiant, inscriptions, examens, notes d'examens, ajournements, durée du stage, travaux pratiques, etc. ; 3° s'il y a lieu, la mention des peines disciplinaires encourues, avec les motifs des décisions.

Art. 21. — Tout étudiant peut, sous les conditions spécifiées aux règlements particuliers du grade dont il poursuit l'obtention, demander le transfert de son dossier dans une autre Faculté ou école de même ordre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis. Le dossier est transmis par les soins du recteur. Il doit comprendre, outre les pièces mentionnées à l'article 18, un certificat de bonne conduite délivré par le doyen ou directeur. Avant de délivrer ce certificat, le doyen ou directeur peut exiger la production du casier judiciaire de l'étudiant. En cas de refus du doyen ou du directeur, l'étudiant peut recourir au recteur, qui statue définitivement.

Art. 22. — L'étudiant ajourné à un examen ne peut changer de Faculté ou école sans une autorisation spéciale du doyen ou directeur. Cette autorisation ne peut être accordée que pour motif grave. Mention du motif est faite au dossier de l'étudiant. Ces dispositions ne sont pas applicables aux candidats aux licences ès sciences et ès lettres.

Art. 23. — Les règles relatives à l'immatriculation et aux inscriptions sont applicables aux étudiants de nationalité étrangère. Ils peuvent être immatriculés sur la production des diplômes ou titres obtenus par eux à l'étranger. Ils ne peuvent être admis à s'inscrire en vue des grades institués par l'État, qu'en produisant les diplômes ou certificats exigés des étudiants français, ou une décision ministérielle leur accordant soit l'équivalence de leurs titres avec les diplômes ou certificats français, soit la dispense de ces diplômes ou certificats.

Art. 24. — Le doyen ou directeur adresse, au moins une fois chaque année, un bulletin scolaire au père ou au tuteur de chaque étudiant.

Art. 25. — Ne sont pas astreints à l'immatriculation, les savants, professeurs ou docteurs français ou étrangers, admis par le doyen ou directeur, sur la proposition des professeurs, dans les conférences ou dans les laboratoires des Universités.

Titre II. — Des auditeurs.

Art. 26. — Les cours qu'une décision du conseil de la Faculté ou école n'a pas réservés aux seuls étudiants sont ouverts aux personnes qui désirent les suivre. Toutefois, quand le bon ordre l'exige, cette liberté peut être suspendue pour les personnes non munies de cartes d'auditeur. La suspension est prononcée par le doyen ou directeur. La durée en est fixée par le conseil de la Faculté ou école.

Art. 27. — Les personnes qui désirent obtenir des cartes d'auditeurs sont tenues de faire connaître par écrit, au secrétariat de la Faculté ou école, leur nom, prénoms, profession et domicile, avec indication des cours qu'elles se proposent de suivre. Le doyen ou directeur peut les inviter à justifier de leur identité. Les cartes d'auditeur sont délivrées gratuitement. Elles ne sont valables que pour l'année scolaire et pour les cours qu'elles désignent.

Art. 28. — Par mesure d'ordre, le doyen ou directeur peut

toujours refuser une carte d'auditeur ou annuler une carte délivrée.

Art. 29. — Les cartes d'auditeur sont rigoureusement personnelles. Elles sont distinctes des cartes d'étudiant. Ne peuvent tenir lieu de cartes d'auditeur dans une Faculté ou école, les cartes d'étudiant d'une autre Faculté ou école.

Art. 30. — Toute personne présente dans l'intérieur ou dans les dépendances de la Faculté ou école, peut être requise soit de justifier son identité, soit de présenter sa carte d'étudiant ou d'auditeur. En cas de refus, il peut lui être interdit de séjourner dans la Faculté ou école.

Art. 31. — Par mesure d'ordre, le doyen ou directeur peut ordonner la production des cartes à l'entrée de l'établissement ou de la salle de cours.

TITRE III. — DE LA DISCIPLINE.

Art. 32. — L'action disciplinaire exercée contre les étudiants est indépendante de l'action des tribunaux.

Art. 33. — Relèvent de la juridiction du conseil de l'Université : 1° Les étudiants immatriculés ou inscrits sur le registre d'une Faculté ou école d'enseignement supérieur de l'Etat, tant que leur immatriculation est valable ou que les inscriptions ne sont pas périmées ; 2° les candidats aux grades et titres de l'enseignement supérieur, ainsi que les candidats aux baccalauréats de l'enseignement secondaire, pour toute faute commise au cours ou à l'occasion d'un examen.

Art. 34. — Les peines de discipline sont : 1° la réprimande ; 2° l'interdiction de prendre des inscriptions et de subir des examens dans la Faculté ou école pendant un an au plus : 3° L'exclusion de la Faculté ou école pendant un an au plus ; 4° L'exclusion de l'Université pendant deux ans au plus ; 5° L'exclusion à toujours de l'Université, et en outre, s'il y a lieu, l'exclusion temporaire de toutes les Facultés ou écoles, prévue au paragraphe 7 du présent article ; 6° L'interdiction de subir un ou plusieurs examens déterminés devant aucune Faculté ou école pendant deux ans au plus : 7° L'exclusion de toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur, publiques et libres, pendant deux ans au plus : 8° L'exclusion à toujours de toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur, publiques et libres. L'exclusion entraîne l'incapacité de se faire immatriculer, de prendre des inscriptions et de subir des examens. Lorsque l'exclusion temporaire ou l'exclusion perpétuelle, prévues aux paragraphes 4 et 5 du présent article, sont prononcées contre un étudiant d'une école extérieure au siège d'une Université, elles sont limitées à cette école.

Art. 35.—Le doyen ou directeur a droit d'avertissement et d'admonestation à l'égard de tous les étudiants de la Faculté ou école.

Art. 36. — Le doyen ou directeur est tenu de porter à la connaissance du recteur, par rapport écrit et dans le plus bref délai possible : 1° Les infractions aux articles 7, 11, 12 et 17 du présent décret ; 2° les fautes contre la discipline ou l'ordre scolaire et les faits criminels ou délictueux dont les étudiants se seraient rendus coupables.

Art. 37. — Par mesure administrative, le recteur peut interdire l'accès des bâtiments de l'Université à tout délinquant déféré au conseil jusqu'au jour de sa comparution devant le conseil.

Art. 38. — En cas d'infraction aux dispositions réglementaires visées à l'article 36, le conseil peut prononcer une des peines prévues aux paragraphes 1°, 2°, 3° et 6° de l'article 34. Dans les autres cas, il prononce, selon la gravité de la faute, une des peines prévues à l'article 34.

Art. 39. — Appel peut être interjeté par les recteurs de toutes les décisions du conseil de l'Université en matière disciplinaire. Appel peut être interjeté par la partie des décisions prononçant contre elle une des peines prévues aux paragraphes 6°, 7° et 8° de l'article 34.

Art. 40. — En cas de désordres graves : un cours peut être supendu par le recteur, après avis du doyen ou directeur ; une Faculté, école ou Université peut être fermée temporairement par le Ministre, après avis du conseil de l'Université ou du conseil de l'école s'il s'agit d'une école extérieure au siège d'une Université. La mesure peut être restreinte aux enseignements et travaux pratiques correspondant à un ordre déterminé d'études. Pendant la durée de la fermeture, tous les actes scolaires sont suspendus, et les étudiants ne peuvent prendre d'inscriptions, subir d'examens, ni obtenir le transfert de leur dossier dans un autre établissement.

Art. 41. — Tout examen entaché de fraude ou de tentative de fraude doit être déclaré nul. En cas de flagrant délit, le candidat quitte la salle : la nullité de l'examen est prononcée par le jury : dans les autres cas, l'annulation est prononcée par le conseil de l'Université. La nullité ou l'annulation de l'examen peut être prononcée contre les complices de l'auteur principal de la fraude ou de la tentative de fraude. L'auteur principal et ses complices sont déférés au conseil de l'Université et peuvent être punis d'une des peines prévues aux paragraphes 6°, 7° et 8° de l'article 34.

Art. 42. — L'annulation de l'examen entraîne la nullité du diplome dans le cas où il a été délivré avant la découverte de la fraude.

Art. 43. — Le conseil de l'Université peut ordonner l'affichage de ses décisions en matière disciplinaire à l'intérieur de l'Université ou de l'école.

Art. 44. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions des ordonnances, décrets et statuts antérieurs, contraires au présent décret, notamment les ordonnances du 5 juillet 1820, le titre IV de l'ordonnance du 2 février 1823 et le décret du 30 juillet 1883, à l'exception des articles 20 et 21.

Art. 45. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des Lois* et publié au *Journal Officiel*.

Changement d'établissement. — Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (*Circulaire du 24 janvier 1896*). « Monsieur le Recteur, l'article 23 du décret du 30 juin 1883 détermine la procédure à suivre en ce qui concerne le transfert des dossiers des étudiants qui veulent passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'ils ont prises et des examens qu'ils ont subis.

Mon attention a été très particulièrement appelée sur les graves inconvénients qui résultent de l'application de ces dispositions, lorsqu'il s'agit d'étudiants transférés à la Faculté de Médecine de Paris au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire au moment où le stage est complètement organisé et alors que tous les étudiants sont distribués dans les divers services hospitaliers.

La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, saisie de la question, a été d'avis qu'il était indispensable de remédier aux inconvénients signalés et a proposé dans ce but d'adopter les mesures ci-après, savoir :

1° Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre ;

2° Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Dans le cas où l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à sa demande, il en serait référé à mon administration.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai adopté cet avis et je vous prie de vouloir bien donner les instructions nécessaires à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de Médecine de votre ressort académique, pour la mise en vigueur, à dater de ce jour, des mesures proposées par la section permanente. »

Art. 27. — Tout Etudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté.

Inscriptions, cartes d'étudiants et travaux pratiques.

Immatriculation, inscriptions, cartes, travaux pratiques, travaux de laboratoire.

I. *Immatriculation*. — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897). L'immatriculation a lieu, soit d'office, soit sur demande. — *Immatriculation d'office*. L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation. — *Immatriculation sur demande*. Doivent se faire immatriculer : 1° Les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires : 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue ; 3° les docteurs français et étrangers : 4° les étudiants français et étrangers, qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. La seizième inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande, est attaché le droit réglementaire : 30 francs. Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les lundi, mardi, jeudi et samedi de midi a 3 heures. — *N. B.* L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers.

II. *Inscriptions*. — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1901-1902, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi a 3 heures : 1[er] *trimestre* 1901-1902 : 1° Inscriptions de 1[re] année (voir l'affiche spéciale) : — 2° inscriptions de 2[e], 3[e] et 4[e] années, du 9 octobre au 15 novembre 1901 excepte les lundis

et mardis). — 2e *trimestre* 1901-1902 : Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 8 au 25 janvier 1902 inclus (excepté les lundis et mardis). — 3e *trimestre* 1901-1902 : Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 9 au 26 avril 1902 inclus (excepté les lundis et mardis). — 4e *trimestre* 1901-1902. Inscriptions de 1re, 2e, 3e et 4e années, du 1er au 15 juillet inclus. L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles, aux dates ci-dessus indiquées. MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire. MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions qu'ils déposent deux jours à l'avance, chez le concierge de la Faculté, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

III. *Cartes. Cartes d'immatriculation.* — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata. Les cartes sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées. Pour l'année scolaire 1901-1902, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office, ou d'une immatriculation sur demande. MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté. — *Cartes d'entrée dans les laboratoires.* MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches recevront une carte d'entrée dans ces laboratoires. Pour l'année scolaire 1901-1902, les cartes d'entrée dans les laboratoires de recherches seront délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures, sur la présentation de la quittance du versement des droits réglementaires.

IV. *Travaux pratiques réglementaires.* — Les travaux pratiques sont réglementaires ou facultatifs. — Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches qui paraissent vers le 15 octobre et le 15 février). Les droits afférents aux travaux pratiques réglementaires sont acquittés trimestriellement en prenant l'inscription correspondante. MM. les étudiants immatriculés, mais dont la scolarité est interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité.

V. *Travaux de laboratoire: travaux pratiques facultatifs.*— Peuvent y être admis, à condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté : 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, etc. L'autorisation est valable pour un trimestre. Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est fixé de 50 à 150 francs.

Des affiches spéciales annonceront l'ouverture des travaux pratiques réglementaires et facultatifs, ainsi que des travaux de laboratoire.

Consignations pour examens.

I. — *Examens qui se passent en sessions.* — *Ancien régime.* — 1er examen de doctorat : A. Session d'octobre 1901 : Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées. Examens de fin d'année (officiat), seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1901 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues les 17 et 18 octobre 1901, la session aura lieu fin d'octobre ou commencement de novembre. — MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. — B. Session de novembre 1901 à mars 1902 : *Ancien régime*, 2e examen de doctorat (2e partie) ; *Nouveau régime*, 2e examen : Seront admis les candidats pourvus de 12 inscriptions non périmées et les candidats pourvus de 8 inscriptions non périmées; les consignations sont reçues les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 1er octobre 1901 au 4 février 1902. Les candidats seront appelés 15 à 20 jours après la date de leur consignation. La session aura lieu du 14 octobre 1901 au 1er mars 1902. La 14e inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la 2e partie du 2e examen. La 10e inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au 2e examen. Les candidats à la 2e partie du 2e examen (ancien régime), et au 2e examen (nouveau régime), ajournés avant le 2 mars 1902, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 12 au 31 mai 1902. Ils devront consigner les 28 et 29 avril 1902. En cas de nouvel échec, les candidats appartenant à l'ancien régime pourront bénéficier de la session indiquée sous l'observation n° 6 pour les candidats ajournés à la 1re partie du 2e examen (ancien régime) et au 1er examen (nouveau régime). En cas d'un seul ou de plusieurs échecs, MM. les candidats appartenant au nouveau régime seront soumis, selon les cas, aux délais d'ajournement fixés par le décret du 24 juillet 1899. — C. Session de janvier 1902 : *Ancien régime*, 1er examen de doctorat : Seront admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1901. Les 5e et 6e inscriptions seront délivrées en janvier 1902, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1901, après immatriculation et versement des droits réglementaires. Les consignations seront reçues les 16 et 17 décembre 1901, la session aura lieu dans la première quinzaine de janvier 1902. — D. Session de mars à mai 1902 : *Ancien régime*, 2e examen (1re partie) : Seront admis tous les candidats pourvus de 10 inscriptions au moins, non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres ; les consignations seront reçues les 3 et 4 mars 1902, la session commencera le 10 mars 1902. Les candidats ajournés à la 1re partie du 2e examen (ancien régime) et au 1er examen (nouveau régime) sont informés que : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 9 juin) ; 2° Les épreuves orales seront renouvelées : *a*) à partir du 9 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 12 mai : *b*) à partir du 24 juin, pour les candidats ayant échoué après le 11 mai et avant le 1er juin. Les candidats ajournés avant le 12 mai consigneront les 20, 26 et 27 mai inclusivement, dernier délai ; les candidats ajournés après le 11 mai et avant le 1er juin consigneront les 9 et 10 juin inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec. 1er examen de doctorat (nouveau régime) : seront admis les candidats pourvus de 6 inscriptions non périmées et ayant disséqué pendant deux semestres : les consignations seront reçues le 28 février et les 1, 3 et 4 mars 1902, la session commencera le 11 mars 1902. — E. Session de juillet 1901 : *Ancien regime.* 1er examen de doctorat : Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées, les consignations seront reçues les 16 et 17 juin 1902, la session durera du 30 juin au 5 juillet 1902. Examens de fin d'année (officiat) : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, 4, 8 ou 12 inscriptions non périmées, les consignations seront reçues du 9 au 10 juin 1902, la session commencera le 23 juin 1902.

N. B. En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions ; 2° les dispositions du décret du 24 juillet 1899, relatives aux délais d'ajournement, ne sont applicables qu'aux élèves appartenant au nouveau régime d'études : 3° le régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893, sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903. Des dispositions spéciales, qui seront ultérieurement arrêtées, détermineront la situation, au point de vue des épreuves qui leur resteraient à subir, à la date précitée, des étudiants ayant accompli leur scolarité d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878. (Décret du 16 janvier 1898.)

II. — *Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions et pour la thèse.*

1°, 2e examen (1re partie) et 2e examen (2e partie) : ancien régime. — 1er et 2e examens : nouveau régime ; 2°, 3e examen (1re partie), 3e examen (2e partie), 4e et 5e examens (ancien et nouveau régimes) ; 3° thèse : 4° examens d'officiat.

Doctorat (ancien régime) : 2e examen (1re partie), jusqu'au 4 mars 1902 (toutefois, les élèves entrant en 3e année au mois d'octobre

1901 ne pourront consigner que les 3 et 4 mars 1902. 2e examen (2e partie) jusqu'au 4 février 1902 ; les candidats ajournés avant le 2 mars 1902 pourront se représenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 12 au 31 mai 1902 : ils devront consigner les 28 et 29 avril 1902. 3e examen (1re partie), jusqu'au 18 février 1902 : 3e examen (2e partie), jusqu'au 15 avril 1902 ; 4e examen, jusqu'au 14 mai 1902 : 5e examen (1re partie), jusqu'au 10 juin 1902. Les candidats à la 1re partie du 5e examen ne seront admis à consigner que sur la justification du stage obstétrical exigé. 5e examen (2e partie), jusqu'au 24 juin 1902 ; thèses jusqu'au 24 juin 1902. Passé le 25 juin, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Officiat. — 1er examen définitif, jusqu'au 4 mars 1902 ; 2e examen définitif, jusqu'au 15 avril 1902 ; 3e examen définitif, jusqu'au 24 juin 1902.

Doctorat (nouveau régime). — 1er examen, jusqu'au 4 mars 1902. Toutefois, les élèves entrant en 2e année au mois d'octobre 1901 ne pourront consigner que les 28 février et 1er, 3 et 4 mars 1902. (Voir plus haut : Consignations pour examens qui se passent en session). — 2e examen jusqu'au 4 février 1902. — 3e examen (1re partie), jusqu'au 18 février 1902. — 2e partie jusqu'au 15 avril 1902. — 4e examen, jusqu'au 13 mai 1902. — 5e examen (1re partie), jusqu'au 10 juin 1902. — 5e examen (2e partie), jusqu'au 25 juin 1902. — Thèses, jusqu'au 24 juin 1902.

MM. les candidats ajournés avant le 1er juin 1902 sont informés que : 1° L'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 9 juin) ; l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 28 avril et dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 10 juin) ; 2° les épreuves orales seront renouvelées à partir du 9 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 11 mai ; à partir du 23 juin, pour les candidats ayant échoué après le 11 mai et avant le 1er juin.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 17 et 18 mars, ou les 20, 26 et 27 mai inclusivement, *dernier délai.* Pour les examens autres que la médecine opératoire : les candidats ajournés avant le 11 mai consigneront les 20, 26 et 27 mai, inclusivement, *dernier délai* ; les candidats ajournés après le 11 mai et avant le 1er juin consigneront les 9 et 10 juin, inclusivement, *dernier délai.* Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec. Les élèves ajournés après le 1er juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Ne seront toutefois admis dans les sessions extraordinaires de juin et de juillet que les candidats se trouvant sous le coup d'un ajournement dont le délai ne dépassera pas trois mois.

En cas d'un seul ou de plusieurs échecs, MM. les candidats appartenant au nouveau régime seront soumis, selon les cas, aux délais d'ajournement fixés par le décret du 24 juillet 1899.

N.-B. — 1° En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions ; 2° MM. les étudiants qui désirent terminer leurs études sont priés de ne pas attendre la limite des consignations. Ceux qui consignent à cette époque ne sont appelés ordinairement que trois semaines et quelquefois un mois après ; 3° les dispositions du décret du 24 juillet 1899, relatives aux délais d'ajournement, ne sont applicables qu'aux élèves appartenant au nouveau régime d'études ; 4° le régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893, sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903. Des dispositions spéciales qui seront ultérieurement arrêtées détermineront la situation, au point de vue des épreuves qui leur resteraient à subir à la date précitée, des étudiants ayant accompli leur scolarité d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878. (Décret du 16 janvier 1898.)

Liste des Prix de la Faculté de médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ce prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes (1). Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes ; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le 15 octobre 1901 au plus tard, chacun des concurrents a dû remettre au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés ; 2° la réponse à la question proposée. Un jury, dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ses travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles. Le résultat du concours sera immédiatement transmis au Ministre de l'Instruction publique. Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit : Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs. Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 fr.

Concours de 1901. La question proposée est : *Recherches sur les faits relatifs à l'influence de l'hérédité paternelle de la syphilis.* Les mémoires ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1901, à 4 heures, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

(1) Cliniques médicales, des maladies mentales, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du système nerveux.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les *maladies prédominantes* dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1901, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de Médecine décerne tous les ans un prix de 2.000 fr. à la personne qui a inventé une *opération*, des *instruments*, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, dernier délai.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2.000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de Médecine de Paris, au meilleur travail sur les *sciences médicales*, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Le Conseil de la Faculté a décidé (16 décembre 1897), que le prix Châteauvillard serait décerné dès le commencement de chaque année (en février ou mars). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1848, une somme annuelle de 1.000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 décembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au Secrétariat de la Faculté. Ils devront produire : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher. — Par acte notarié, en date du 20 juillet 1894, Mme Alexandra-Vincentine-Sophie Wolowska, veuve de M. Léon-Joseph Faucher, a fait don à la Faculté de Médecine de Paris, d'une rente de 1.200 francs en 3 %, sur l'Etat français, pour les arrérages être employés, chaque année, à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. Par décret en date du 5 janvier 1895, M. le Doyen a été autorisé à accepter cette donation au nom de la Faculté. Pour participer à cette donation, qui sera attribuée par le Conseil de la Faculté, les candidats devront déposer au Secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre de chaque année : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant leur nationalité française ou polonaise. A l'ouverture de chaque année scolaire, et avant le 1er octobre, le Comité de la Bibliothèque polonaise dont le siège est à Paris, quai d'Orléans, n° 6, devra présenter à M. le doyen, une liste de candidats, sans que cette présentation puisse tendre à un autre but que celui d'établir la preuve de la réalisation de la condition de nationalité des étudiants polonais. Si ce Comité venait à se dissoudre ou à disparaître pour quelque cause que ce soit, la donatrice s'en remet à la Faculté de médecine du soin de faire contrôler, par qui bon lui semblera, la nationalité des candidats polonais.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze,

un prix d'une valeur de 10.000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phtisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Ce prix ne peut être partagé. La Commission chargée de décerner ce prix se réunit au mois de novembre. A la fin de l'année 1902, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde*.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 27 février 1877, a légué à la Faculté de Médecine de Paris : 1° une somme de 1.500 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*hygiène* ; 2° une somme de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*histologie*. — En 1901, les deux prix seront attribués. Les mémoires des candidats ont dû être déposés au Secrétariat avant le 15 octobre, à 3 heures, dernier délai.

Prix J. Saintour. — Par un testament en date du 16 novembre 1888, M. le Dr J. Saintour a légué à la Faculté de Médecine de Paris, une somme destinée à la fondation d'un prix qui portera son nom et dont le sujet sera, chaque année, désigné par la Faculté. Ce prix est de 3.000 francs. Le sujet mis au concours est : *Valeur séméiologique des variations leucocytaires*. — Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre de chaque année, à 3 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Béhier. — Mme veuve Béhier a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 7 octobre 1889, une somme destinée à la fondation d'un prix biennal qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur une question de *pathologie médicale*. Ce prix, qui est de 1.800 francs, sera attribué en 1900. Le sujet proposé pour le concours est ainsi conçu : *Lésions du cœur dans la fièvre typhoïde*. — Les mémoires devront être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1902, à 4 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour les faire connaître.

Prix Charles Legroux. — Par acte notarié en date du 5 avril 1897, Mme Veuve Legroux a fait don à la Faculté de Médecine de Paris d'une somme de 10.000 francs destinée à l'acquisition d'un titre de rente 3 % sur l'Etat français, pour les arrérages de cette rente être affectés à la fondation perpétuelle d'un prix dénommé Prix Charles Legroux et qui sera décerné tous les cinq ans, par ladite Faculté, au meilleur travail sur le *diabète, ses causes et son traitement*. Ce prix sera attribué en 1902. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1902, dernier délai.

Legs Marjolin. — Par testament en date du 1er novembre 1894, M. le Dr Marjolin (René-Nicolas), a légué, à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5.161 francs. Ce revenu sera « affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait « remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec « soin des observations dans leurs services ». (*Extrait du testament*). MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désirent profiter du legs Marjolin, devront déposer, au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique (avenue Victoria), *avant le 1er août de chaque année*, une demande adressée à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris, et accompagnée des certificats de leurs chefs de service constatant qu'ils remplissent les conditions du legs. Peuvent seuls bénéficier du legs les internes et externes français des hôpitaux de Paris qui prendraient régulièrement et trimestriellement leurs inscriptions et qui seraient en cours régulier d'études. En conséquence, le legs Marjolin ne peut s'appliquer ni aux inscriptions cumulatives, ni aux inscriptions rétroactives. Le legs n'est attribué que pour une année scolaire : il est renouvelable pour les années suivantes.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université, un legs universel, pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu annuel est de 3.000 fr. ; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er septembre : cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Legs Pelrin. — Par acte du 22 juin 1845, M. et Mme Pelrin ont institué en mémoire de Charles Pelrin, leur fils, des bourses destinées à assurer à des étudiants peu aisés le bienfait de l'enseignement supérieur. — *Conditions du Legs* : 1° être bachelier ès sciences ou ès lettres ; 2° être d'une conduite régulière et honnête ; 3° annoncer des aptitudes pour l'enseignement supérieur ; 4° appartenir à une famille peu aisée, domiciliée à Paris, depuis 5 ans au moins. — Les candidats doivent adresser leur demande le 1er septembre ; cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *extrêmement satisfait* et *très satisfait*.

Bourses du Doctorat en médecine.

Dispositions générales. — Les bourses du doctorat en médecine sont données pour une année. — Les concours ont lieu au siège des Facultés. — Les épreuves du concours consistent en compositions écrites. — Deux heures sont accordées pour chacune des compositions. La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

Les candidats s'inscrivent au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Ils désignent en s'inscrivant la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joignent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du Règlement du 5 novembre 1877. (Ces pièces sont : 1° leur acte de naissance : 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie desdits établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs des dits établissements constatant, avec une appréciation du caractère et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans le cours de ses classes, et des renseignements sur la situation de fortune de sa famille.)

Dispositions particulières. — Les bourses de première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième années sont obtenues aux conditions ci-après, suivant le régime d'études auquel appartient le candidat.

Première année. — Les bourses de première année sont accordées sans concours. — *a*) Ancien régime. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note *Bien*, pourront obtenir une bourse de première année (1) — *b*) Nouveau régime. Les candidats qui justifient de la mention *Bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (Lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année.

Deuxième année. — *a*) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. L'épreuve consiste : 1° En une composition de chimie ; 2° en une composition de physique et d'histoire naturelle — *b*) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie).

Troisième année. — *a*) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de 8 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. L'épreuve consiste : 1° En une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie) ; 2° en une composition d'histologie. — *b*) Nouveau régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de 8 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* le premier examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition d'anatomie, névrologie, splanchnologie) ; 2° en une composition d'histologie.

Quatrième année. — *a*) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de 12 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la première partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie des régions) ; 2° en une composition d'histologie et de physiologie. — *b*) Nouveau régime. Sont admis à concourir les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi

(1) Ces dispositions sont abrogées par suite de la mise en vigueur du régime d'études établi par le décret du 31 juillet 1893.

avec la note *Bien* le deuxième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition de physiologie ; 2° en une composition de chirurgie.

Cinquième année.—*a*) Ancien régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de 16 inscriptions, qui ont subi avec la note *Bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition de médecine ; 2° en une composition de chirurgie. — *b*). Nouveau régime. Sont admis à concourir, les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *Bien* le troisième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° En une composition de médecine ; 2° en une composition de chirurgie. Les étudiants pourvus de 16 inscriptions sont également susceptibles d'être nommés boursiers durant les deux années qui suivent la 16e inscription. Mais, pour pouvoir prendre part au concours en vue d'une seconde année de bourse, il faut qu'ils aient fait acte de scolarité, c'est-à-dire qu'ils aient subi un examen probatoire avec la note BIEN. En conséquence, les étudiants qui, pourvus de 16 inscriptions, ont obtenu une bourse pour 1900-1901, ne pourront subir les épreuves du concours du mois d'octobre prochain qu'autant qu'ils justifieront avoir passé un examen, et dans les conditions déterminées par le règlement. (*Arr. du* 19 *septembre* 1887).

N.-B. — Le montant de la bourse est de 1.200 francs payables par douzièmes, à la caisse de la Faculté.

B. — Bourses municipales de Médecine. — *Arrêté du Préfet de la Seine portant règlement pour l'attribution des bourses allouées à la Faculté de Médecine de Paris.* — Le Préfet de la Seine ; Vu la délibération en date du 28 décembre 1887, par laquelle le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'Ecole supérieure de pharmacie de cette ville ; vu le règlement adopté par le Conseil municipal de Paris en date du 1er août 1884 et approuvé par arrêté préfectoral en date du 17 septembre suivant, pour la répartition des bourses municipales fondées à la Faculté de droit : Vu les lois du 18 juillet 1837 et du 24 juillet 1867 ; Vu le décret du 25 mars 1852 ; Sur le rapport de l'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, arrête : *Art.* 1er. Est approuvée la délibération susvisée du Conseil municipal de Paris en date du 28 décembre 1887. — *Art.* 2. En conséquence, est adopté le règlement dont le texte suit pour l'emploi de la subvention allouée par la Ville de Paris à la Faculté de droit, à la Faculté de médecine et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Règlement. — *Art.* 1er. Une subvention municipale de 6.000 fr. renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris. — *Art.* 2. Cette subvention est applicable : 1° principalement à la fondation de bourses d'études de douze cents francs chacune ; 2° exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger, dont le montant est fixé dans chaque cas particulier, par décision spéciale du Conseil municipal. — *Art.* 3. Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés soit à Paris, soit au moins dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. A égalité de titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis longtemps.

I. Bourses d'études. — *Art.* 4. Les bourses d'études ont pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de 1re année. Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du Préfet. Elles pourront être renouvelées. — *Art.* 5. Le montant des bourses est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart, au début de chaque trimestre de l'année scolaire ; cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date de réouverture des cours et des délais nécessités par l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

II. Bourses de voyage. — *Art.* 6. Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat, et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans. Les unes et les autres sont accordées sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du Préfet de la Seine, par le Conseil municipal, qui en fixe le montant. — *Art.* 7. Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport, les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyage d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté. — *Art.* 8. Le montant des bourses de voyage est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire, au moment de son départ.

III. Instruction des demandes. — *Art.* 9. Les demandes de bourses seront déposées par les candidats au secrétariat de la Faculté avant le 15 novembre. Elles doivent être transmises, avant le 15 décembre, à M. le Préfet de la Seine qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal. — *Art.* 10. Toutes les demandes déposées doivent être transmises chacune accompagnée d'un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse ; elle indique pour eux ses préférences. — *Art.* 11. A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et le mérite des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question à l'art. 6 ci-dessus. — *Art.* 12. Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et des justifications qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses, et les élèves qui doivent en bénéficier. — *Art.* 13. Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de droit, de la Faculté de Médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie, en dehors des propositions de la Faculté ou école. — *Art.* 14. Le Secrétaire général de la Préfecture et l'Inspecteur d'Académie, directeurs de l'Enseignement primaire de la Seine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

IV. Gratuité. — Ne sont passibles d'aucun droit, en vertu du règlement du 27 novembre 1834 et des arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1865 : *Règlement du* 27 *novembre* 1834. 1° les fils de professeurs de Faculté, dans la Faculté où leur père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions (*Décret du* 25 *janvier* 1807 *et jurisprudence*) ; 2° les élèves qui ont obtenu les prix d'honneur au concours général dans toutes les Facultés où ils se présentent. — *Arrêtés des* 23 *novembre et* 2 *décembre* 1864. L'élève qui a remporté, soit dans le concours général des lycées et collèges de Paris et de Versailles, le prix d'histoire en rhétorique, n'est passible d'aucun droit dans toutes Facultés ou Ecoles dont il suivra les cours.

V. Exonérations. — *Exonérations de droit.* Sont dispensés de payer les droits d'inscription : les boursiers, les fonctionnaires des établissements d'enseignement secondaire et primaire. — a) *Boursiers.* La dispense du droit d'inscription est accordée aux boursiers d'études près la Faculté à laquelle ils sont attachés (*Circul. du* 14 *novembre* 1890). Les boursiers entretenus près les établissements d'enseignement supérieur, par les départements, les communes ou les particuliers, sont admis, aux mêmes titres que les boursiers de l'Etat, au bénéfice de la gratuité du droit d'inscription, à la condition expresse que les subventions allouées par lesdits départements, communes ou particuliers, soient rattachées en temps voulu au budget des fonds de concours (*Instruction du* 1er *avril* 1887. — b) *Fonctionnaires des établissements d'enseignement.* Sont dispensés du droit d'inscription, tous les répétiteurs titulaires, stagiaires, auxiliaires des établissements d'enseignement secondaire publics, lycées et collèges entretenus par l'Etat ou par les villes (*Circul. du* 25 *août* 1887). La dispense du droit d'inscription est accordée aux fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire, aux élèves de l'Ecole normale de Cluny et aux fonctionnaires de l'enseignement primaire public (*Circul. du* 14 *avril* 1888). Les fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire, les fonctionnaires régulièrement agréés au collège Stanislas, au collège Sainte-Barbe et à l'Ecole Alsacienne, candidats aux agrégations de l'enseignement secondaire, sont dispensés des droits d'immatriculation, s'ils sont en activité ou en congé d'un an (*Arrêté du* 11 *mars* 1898). — c) *Fils de professeurs et lauréats.* Les étudiants visés par le règlement du 27 novembre 1834, les arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1864, sont exonérés des droits d'immatriculation et de travaux pratiques (*Déc. min. du* 1er *juin* 1898). — d) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des boursiers.* Les boursiers des Facultés sont dispensés du droit d'immatriculation, tout en restant soumis aux droits de bibliothèque correspondants, ainsi qu'aux droits de travaux pratiques et de laboratoires, s'il y a lieu. Conformément à la règle générale, la dispense du droit d'immatriculation n'est pas attachée à la possession d'un quart de bourse et ne peut être attribuée

4

qu'aux étudiants titulaires d'une demi-bourse au moins. Cette mesure ne s'applique qu'aux boursiers possesseurs de toutes les instructions réglementaires (*Circul. rect. du 10 décembre* 1898). — e) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des internes des hôpitaux.* Les internes titulaires des hôpitaux de Paris sont dispensés du paiement des droits d'immatriculation et de bibliothèque. Quant aux internes provisoires, ils demeurent soumis à la règle commune, c'est-à-dire qu'ils auront à payer les droits d'immatriculation et de bibliothèque, mais seulement lorsqu'ils demanderont, soit à suivre les cours, conférences et travaux de la Faculté, soit à fréquenter la bibliothèque (*Dec. min. du 22 decembre* 1898). — f) *Elèves de la Faculté des Sciences.* Les étudiants régulièrement inscrits dans une Faculté ou Ecole de l'Université de Paris peuvent, sans acquitter de nouveaux droits d'inscription et de bibliothèque, se faire inscrire à la Faculté des Sciences en vue du certificat d'études supérieures de géographie physique. Ils sont tenus d'acquitter les droits de travaux pratiques afférents à cet examen. Les étudiants en médecine, inscrits en vue d'un certificat d'études supérieures à la Faculté des Sciences, peuvent être individuellement dispensés, par décision du doyen, de l'assiduité aux travaux pratiques, mais ils sont tenus d'acquitter intégralement les droits (*Arrêté du* 11 *mars* 1898). — *Exonérations facultatives accordées par la Faculté.* Peuvent être dispensés du droit d'inscription, un dixième des étudiants astreints à ce droit de la Faculté. Chaque année, avant l'ouverture des cours, et dans les limites prévues par la loi, le Ministre de l'Instruction publique fixe, sur la proposition du conseil de l'Université, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du droit d'inscription. Le doyen, après avis du conseil de la Faculté, désigne, jusqu'à concurrence du nombre fixé par le Ministre, les étudiants dispensés facultativement. Les dispenses sont accordées pour une année scolaire et sont renouvelables.

Elles peuvent être retirées dans le courant de l'année par le doyen, après avis du Conseil de la Faculté, pour défaut de travail ou d'assiduité aux travaux pratiques, ou au stage hospitalier. Elles sont retirées à tout étudiant qui encourt une peine disciplinaire. Lorsque la dispense est retirée à un étudiant, il en est fait mention au dossier de ce dernier. La dispense des droits d'inscription n'entraîne pas celle des droits de bibliothèque et de pratiques, qui sont payés suivant la règle, lors de la prise des inscriptions. Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au doyen du 15 octobre au 1er novembre : elles sont libellées sur papier timbré et accompagnées d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille. Pour la dispense des droits d'inscription de 1re année, il faut encore joindre un extrait du dossier scolaire, certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses dernières études. La gratuité des inscriptions est un privilège essentiellement national, qui ne peut être concédé qu'aux Français.

Note destinée à renseigner les étrangers.

Les étrangers sont immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris, soit en vue de la recherche du diplôme de docteur en médecine, soit au titre d'étudiants libres.

I. — *Immatriculation en vue de la recherche d'un grade.*

Les étrangers immatriculés en vue de la recherche du grade de docteur en médecine se divisent en deux groupes : ceux qui recherchent le diplôme de l'État et ceux qui recherchent le diplôme universitaire.

I. — *Diplôme d'Etat.* — Le diplôme d'État français de docteur en médecine confère le droit d'exercice dans toute l'étendue du territoire français. Les règles relatives à l'immatriculation en vue de ce diplôme sont les mêmes pour les étudiants de nationalité étrangère que pour les étudiants français. Ils doivent justifier des grades requis par le décret du 31 juillet 1893, accomplir la scolarité réglementaire, et subir tous les examens.

Grades. — Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, lettres-philosophie et certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Scolarité. — La durée de la scolarité réglementaire est de quatre années au cours desquelles les étudiants prennent trimestriellement seize inscriptions.

Examens. — Les examens sont subis dans l'ordre établi par le décret du 31 juillet 1893, et conformément au programme ci-après : *a*) Premier examen. Anatomie, moins l'anatomie topographique, épreuve pratique de dissection. *b*) Deuxième examen. Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique. *c*) Troisième examen. Première partie : anatomie topographique, pathologie externe, accouchements : épreuve pratique de médecine opératoire et anatomie topographique. Deuxième partie : pathologie générale, parasites animaux, végétaux, microbes. Pathologie interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique. *d*) Quatrième examen. Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles. *e*) Cinquième examen. Première partie : clinique externe, clinique obstétricale. Deuxième partie : clinique interne. *f*) Thèse. Sur un sujet au choix du candidat.

II. — *Diplôme universitaire.* — Le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris est d'ordre purement scientifique et ne vaut que comme preuve scientifique. Il ne confère aucun des droits et privilèges attachés au diplôme d'Etat et, en aucun cas, il ne peut lui être déclaré équivalent. Ce diplôme est délivré, dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1897 et la délibération du Conseil de l'Université de Paris en date du 28 mars 1898, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de Médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier. Toutes les dispenses de grades et de scolarité sont accordées à titre onéreux. Voici l'énumération des formalités à remplir et des pièces à produire pour l'obtention de ces dispenses, avec l'indication des droits à acquitter.

Demandes de dispenses. — Les étrangers gradués des Universités étrangères, qui désirent rechercher le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris, au moyen d'une dispense du grade de bachelier, doivent adresser une demande rédigée sur papier timbré à M. le Ministre de l'Instruction publique. Cette demande est accompagnée : I. Des diplômes et certificats originaux, traduits en français et dûment légalisés, émanant des Universités étrangères où ils ont étudié, et toutes pièces de nature à établir la valeur et la durée de leurs études classiques. — II. Un acte de naissance ou un titre officiel en tenant lieu, accompagné d'une traduction authentique. Les demandes de dispenses et d'équivalences de grades doivent parvenir à M. le Ministre de l'Instruction publique avant le 1er novembre. Les étrangers qui justifient de certificats d'études et d'examens délivrés par les Facultés de Médecine des Universités de leur pays, peuvent obtenir de M. le Ministre de l'Instruction publique, une équivalence de scolarité, ou autrement dit une dispense du temps d'études, qui se traduit par la concession d'un certain nombre d'inscriptions, variant suivant la durée et la nature des études médicales faites dans leur pays. La dispense des examens probatoires correspondants aux inscriptions concédées n'est jamais accordée. Les médecins pourvus d'un diplôme étranger authentique, qui postulent le grade de docteur en médecine de l'Université de Paris, peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

Droits à acquitter. — Les droits à acquitter près les Facultés des Lettres, des Sciences et de Médecine sont :

a) Faculté des Lettres. — Equivalence ou dispense du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique.	120 fr.
b) Faculté des Sciences. — Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.	300
c) Faculté de Médecine, pour le diplôme d'Etat. — 16 inscriptions de doctorat en médecine à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque..................	520
Travaux pratiques correspondant aux dites inscriptions..	240
Sept examens à 55 francs l'un....................	385
Thèse.	240
d) Faculté de Médecine, pour le diplôme universitaire.	
16 inscriptions trimestrielles à 30 francs, soit.......	480
16 droits trimestriels de bibliothèque à 2 fr. 50, soit.	40
16 droits trimestriels de travaux pratiques à 15 fr., soit..	240
8 examens ou épreuves à 80 francs, soit..........	640

II. — *Immatriculation au titre d'étudiant libre.*

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté, s'il n'est porté comme étudiant sur le registre d'immatriculation. L'immatriculation au titre d'étudiant libre a lieu sur demande accompagnée de diplômes ou certificats. Elle ne vaut que pour l'année scolaire et peut être renouvelée sur simple déclaration. Une carte, qui n'est valable que pour l'année scolaire, est délivrée à tout étudiant immatriculé. A l'immatriculation est attaché un double droit : le droit d'immatriculation proprement dit et le droit de bibliothèque.

Droit annuel d'immatriculation pour études........	20
Droit annuel de bibliothèque......................	10

Les étudiants libres, immatriculés, peuvent être admis, sur leur demande, à participer aux divers travaux pratiques après versement d'un droit trimestriel de 50 francs correspondant à chacun des travaux pratiques. Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est également de 50 à 150 francs. MM. les docteurs étrangers sont admis à fré-

quenter la Bibliothèque de la Faculté, en acquittant seulement le droit de bibliothèque, soit 10 francs, sans être soumis au versement du droit d'immatriculation de 20 francs.

Les Travaux Pratiques sont obligatoires. — En voici l'énumération :

Ancien régime.

1re année. Manipulations de physique ;
— de chimie ;
Exercices d'histoire naturelle ;
Exercices et démonstrations d'histologie :
2e — Exercices de dissection ;
— et démonstrations d'histologie ;
— — de physiologie ;
3e — Comme en seconde année (Les exercices d'histologie sont facultatifs).
4e — Exercices de médecine opératoire ;
— d'anatomie pathologique.

Les travaux pratiques de première année durent toute l'année. En deuxième et troisième années, les exercices de dissection ont lieu en hiver : l'admission à ces exercices n'est prononcée qu'après un examen satisfaisant sur l'ostéologie. Les exercices d'histologie sont annuels. (Le semestre d'hiver est consacré aux élèves de première année ; celui d'été à ceux de deuxième et de troisième années). Les démonstrations de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été.

En quatrième année, les exercices d'anatomie pathologique sont annuels ; ceux de médecine opératoire sont semestriels et commencent le 16 mars.

En pratique, les certificats d'assiduité aux travaux pratiques sont directement adressés à l'administration de la Faculté, par les chefs des travaux.

Nouveau régime.

1re année. Chimie biologique, dissection, physique, histologie et physiologie ;
2e — Dissection, physique et chimie biologiques, histologie, physiologie ;
3e — Anatomie pathologique, parasitologie (parasites animaux et végétaux), douze séances de chimie pathologique, médecine opératoire (ligatures et opérations), anatomie pathologique.
4e — Douze séances de chimie clinique (obligatoires) ;
Matière médicale botanique (facultatifs) ;
— — chimique —
— — pharmaceutique —
Bactériologie —
5e — Matière médicale botanique (facultatifs) ;
— — chimique —
— — pharmaceutique —
Bactériologie, etc. —

En première année, les exercices de chimie, de dissection, ont lieu pendant le semestre d'hiver ; ceux de physique, d'histologie et de physiologie ont lieu en été.

En deuxième année, les exercices de dissection ont lieu pendant le semestre d'hiver ; ceux de physique, de chimie, d'histologie et de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été.

Les exercices d'anatomie pathologique sont annuels pour les élèves de troisième année, ceux de pathologie et de chimie pathologique ont lieu en hiver, ceux de médecine opératoire ont lieu en été. En quatrième et cinquième années, les travaux de chimie, de matière médicale botanique, chimique et pharmaceutique, ainsi que la bactériologie ont lieu pendant toute l'année.

Règlement relatif au stage obstétrical et aux épreuves du cinquième examen de Doctorat. — Article premier : Après la seizième inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. 1° Les élèves pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès la première partie du troisième examen, seront admis à se faire inscrire, en vue du stage obstétrical, au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 2), tous les jours de midi à 3 heures. Ils seront ensuite convoqués par lettre spéciale. Chaque série comprendra 24 élèves à la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas, et 30 à la Clinique Baudelocque, boulevard de Port-Royal, 125. 2° Ces élèves assisteront à la visite pendant un mois. — Ils devront trois fois par semaine, par série de garde, séjourner à la clinique, de 9 heures du matin à 10 heures du soir. 3° L'appel nominal sera fait tous les matins, dans chaque service, à 9 heures, par le professeur ou par le chef de clinique. 4° Les stagiaires de garde ne pourront s'absenter dans la journée sans une autorisation spéciale du professeur ou du chef de clinique ; mais, à l'heure du repas, ces élèves auront droit à une sortie de une heure pour le déjeuner et de une heure pour le dîner. 5° Les internes des hôpitaux seront admis à faire leur stage obstétrical à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin. En s'inscrivant à la Faculté, ils devront faire connaître leur intention à ce sujet. 6° Les Elèves Sages-Femmes étant de garde à la clinique d'accouchements (rue d'Assas) de 10 heures du soir à 8 heures du matin, les Etudiants n'y seront pas admis pendant ce temps. La durée de ce stage est de un mois, pendant lequel l'Etudiant est obligé de pratiquer lui-même au moins deux accouchements.

Les étudiants qui auront été internes dans les services des accouchements des hôpitaux sont seuls dispensés du stage obstétrical. En consignant pour la première partie du cinquième examen, ils produiront un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux.

Article 2. — La première partie du cinquième examen de Doctorat se compose : 1° d'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté ; 2° d'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. Chacune de ces épreuves est éliminatoire : le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès. Les séries des épreuves de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale comprennent six candidats. Pour être admis à la deuxième de ces épreuves, le candidat justifiera de l'accomplissement du stage hospitalier établi à l'article premier, et produira, à cet effet, un certificat signé d'un des professeurs de clinique obstétricale.

Article 3. — Ces dispositions seront applicables à partir du 6 avril 1891, en ce qui concerne le stage obstétrical, et à partir du 1er juin suivant, en ce qui concerne le 5e examen de doctorat.

Tout étudiant, qui, sans motifs jugés valables par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès.

Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès reste acquis. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans les délais entraînant la péremption. Une ou plusieurs inscriptions peuvent être également perdues par application de peines disciplinaires.

Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième ; la première partie du deuxième examen est subie trois mois après la dixième inscription et avant la douzième, c'est-à-dire après quatre trimestres de dissection ; la seconde partie de cet examen est subie après la douzième et avant la quatorzième inscription. Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études, c'est-à-dire trois mois après la seizième inscription.

Tout candidat au 1er examen, ajourné pendant les sessions de *juillet* et de *novembre*, pourra renouveler cet examen à une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier. Il sera admis aux travaux pratiques de 2e année, à la condition de payer le droit prescrit : 40 francs.

En cas d'échec à la session de janvier, le candidat au 1er examen est définitivement ajourné à la session de juillet suivant et ne peut prendre aucune inscription de 2e année. En cas de succès et sur la justification de sa participation effective aux travaux pratiques de 2e année, il est admis à prendre immédiatement les 5e et 6e inscriptions.

L'ajournement est de trois mois pour les autres examens, sauf en ce qui concerne l'épreuve pratique de médecine opératoire, pour laquelle l'ajournement est réduit à six semaines ; pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu : le candidat perd le montant des droits d'examen (30 francs).

Tout candidat à un examen qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois ; il perd le montant des droits d'examen (30 francs), et le cours des inscriptions est suspendu. Les délais d'ajournement peuvent être portés à un an par le jury.

Indications nécessaires pour les examens dans les Ecoles de plein exercice. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles de plein exercice (Alger, Marseille, Nantes, Rennes) passent le premier examen probatoire, les deux parties du deuxième examen (A. R.), dans ces Ecoles, devant un jury présidé par un professeur de Faculté délégué par le Ministre.

A cet effet, deux sessions d'examens sont ouvertes dans les Ecoles de plein exercice : l'une au mois d'août, pour le premier examen probatoire et la deuxième partie du second examen ; l'autre au mois d'avril, pour la première partie du second examen. Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles de plein exercice, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de Médecine aux époques fixées par ces établissements.

Les élèves refusés au premier examen probatoire, à la session d'août, dans les Ecoles de plein exercice, peuvent se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivant, devant une Faculté de Médecine.

Les élèves des Ecoles de plein exercice, ajournés au 1er exa

men de Doctorat pendant les sessions d'août et d'octobre-novembre, peuvent renouveler cet examen à la session spéciale ouverte dans la première quinzaine de janvier au siège d'une Faculté.

Les autres dispositions relatives aux élèves des Facultés, candidats ajournés au 1er examen, sont applicables aux étudiants des Ecoles de plein exercice. Les élèves refusés à la première ou à la deuxième partie du second examen peuvent se présenter pour la même épreuve, après un délai de trois mois, devant une Faculté de médecine. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu. Les troisième, quatrième, cinquième examens et la thèse, ancien et nouveau régime, ne peuvent être subis que devant une Faculté.

NOUVEAU RÉGIME.

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — 1re partie : Médecine opératoire et anatomie topographique. Pathologie externe ; accouchements. — 2e partie ; Pathologie générale, parasites animaux, végétaux ; microbes. Pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — 1re partie : Clinique externe et clinique obstétricale. — 2e partie : Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième, entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième, après la seizième.

Indications nécessaires pour les examens dans les Ecoles préparatoires. — Les aspirants au doctorat en médecine, élèves des Ecoles préparatoires *réorganisées* (1) : Angers, Caen, Reims, Rouen, etc., passent le premier examen probatoire et la première partie du second examen (A. R.) dans ces Ecoles, devant un jury présidé par un professeur de Faculté. A cet effet, deux sessions d'examens sont ouvertes dans les Ecoles préparatoires *réorganisées*, l'une au mois d'août, pour le premier examen, l'autre au mois d'avril, pour la première partie du deuxième examen.

Toutefois les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires réorganisées, peuvent subir ces épreuves devant les Facultés de Médecine aux époques fixées par ces établissements.

Les élèves refusés au premier examen probatoire à la session d'août, dans les Ecoles préparatoires réorganisées peuvent, se présenter, pour le même examen, à la session d'octobre-novembre suivante, devant une Faculté de Médecine.

Les dispositions concernant les étudiants des Facultés et des Ecoles de plein exercice, candidats ajournés au 1er examen de doctorat, sont applicables aux élèves des Ecoles réorganisées.

Les élèves des mêmes Ecoles, refusés, à la session d'avril, à la première partie du deuxième examen probatoire peuvent, se présenter pour le même examen, après un délai de trois mois, devant une Faculté. Pendant la durée de l'ajournement, le cours des inscriptions est suspendu. La deuxième partie du deuxième examen est subie soit devant une Faculté, soit devant une Ecole de plein exercice.

Les aspirants au doctorat, élèves des Ecoles préparatoires *non réorganisées*, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par ces établissements ; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. — Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième parties) avant la treizième inscription, et sont soumis chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Les étudiants appartenant au nouveau régime, inscrits dans les Ecoles préparatoires réorganisées, subissent le premier et le second examen devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent. Les étudiants inscrits dans les Ecoles de plein exercice subissent devant ces Ecoles les premier, deuxième et troisième examens. Le jury est présidé par un Professeur de Faculté délégué par le Ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre.

Les étudiants inscrits dans les Ecoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par ces établissements. En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

Grades exigés pour le doctorat en médecine. — Programme des examens probatoires. — Jugement des épreuves. — Délais d'ajournement. (Décret du 24 juillet 1899.)

Art. 1er. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre la première inscription : soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (Lettres-Philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; soit, avec dispense du baccalauréat (Lettres-Philosophie), les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une Faculté des sciences : Physique, Chimie, Botanique, Zoologie ou Physiologie générale ou Embryologie générale.

Art. 2. — Les examens en vue du doctorat en médecine portent sur les matières suivantes : ***Premier examen*** : Epreuve pratique, dissection ; épreuve orale, anatomie, moins l'anatomie topographique. — ***Deuxième examen*** : Epreuve orale, histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique. — ***Troisième examen*** : Première partie : Epreuve pratique, médecine opératoire et anatomie topographique ; épreuve orale, anatomie topographique, pathologie externe, accouchements. Deuxième partie : Epreuve pratique, anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, etc. ; épreuve orale, pathologie générale, parasites animaux, végétaux, microbes ; pathologie interne. — ***Quatrième examen*** : Epreuve orale, thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie avec les applications des sciences physiques et naturelles. — ***Cinquième examen*** : Première partie : Clinique externe, clinique obstétricale. Deuxième partie : Clinique interne. Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 3. — Les épreuves pratiques sont éliminatoires. En cas d'échec à l'épreuve orale consécutive à l'épreuve pratique, le bénéfice de l'épreuve pratique reste acquis.

Art. 4. — A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de trois mois au premier échec. A chaque nouvel échec, à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois. Il ne peut être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve. Ces dispositions ne sont pas applicables à l'épreuve pratique de médecine opératoire (1re partie du 3e examen) pour laquelle la durée du délai d'ajournement est fixée à six semaines.

Art. 5. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes : Boule blanche, ***très bien*** ; boule blanche-rouge, ***bien*** ; boule rouge, ***assez bien*** ; boule rouge-noire, ***médiocre*** ; boule noire, ***mal***. Pour les examens à matière unique (1er examen, 2e partie du 3e examen, et 5e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité ***deux boules noires***. Deux rouges noires équivalent à une boule noire. Pour les examens à matières multiples (2e examen, 1re partie du 3e examen, et 4e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité ***une boule noire*** pour une des matières de l'examen. L'ajournement ne porte que sur cette matière, et, dans ce cas, il est d'une durée de six semaines.

Art. 6. — Les dispositions du présent décret seront mises à exécution à dater de la session de juillet-août 1900.

Art. 7. — Sont abrogées les dispositions de l'art. 4 du décret du 26 décembre 1875 contraires à celles du présent décret. Sont également abrogés les art. 2 et 4 du décret du 31 juillet 1893.

Art. 8. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

MUSÉES. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de Médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. On y a adjoint un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter. Il contient un fonds de pièces un peu disparates, mais curieuses : une collection d'anatomie topographique due aux pièces sèches du concours du prosectorat qui renferme une série de préparations intéressantes, mais beaucoup de doubles, et qui demanderait surtout à être complétée, et enfin les belles injections de lymphatiques données par M. le Pr Sappey, ainsi que les coupes du système nerveux de MM. Sappey et Duval. C'est plutôt, on le voit, un assemblage de collections qu'un musée ; mais la plupart de ces collections sont d'un grand intérêt.

Les réparations nécessitées par la terminaison de la Faculté de Médecine ont nécessité la dispersion momentanée des collections du Musée Orfila, qui seront avant peu réunies dans de nouvelles

(1) Les Ecoles préparatoires réorganisées sont celles dont l'enseignement théorique et pratique répond au programme des trois premières années d'études pour le Doctorat et au programme complet des études pour l'officiat.

salles bien aménagées et spécialement construites pour les contenir.

2° *Musée Dupuytren*, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. Délégué dans les fonctions de *Conservateur* : M. LEGRY. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

Ce musée, qui renferme un grand nombre de pièces très rares, est installé d'une façon insuffisante. Il n'occupe, en effet, que la moitié du réfectoire de l'ancien couvent des Cordeliers, alors que la totalité de cette salle, malheureusement coupée en deux pour des installations qui devaient être transitoires, eût été à peine suffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, déjà occupées par les laboratoires, ne peuvent d'autre part recueillir le trop-plein du musée et pourtant la richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques ! Pour apprendre, il faut voir et comprendre, et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren. Tel qu'il existe, il est cependant organisé de telle sorte que les pièces envoyées de tous les points du monde y soient préparées, montées et mises en vitrine dans le plus bref délai possible, avec l'indication de leur provenance et le nom des donateurs.

Les pièces anatomiques et les dessins du Musée du Pr LANNELONGUE, à l'hôpital Trousseau, sont, en raison de la désaffectation de cet hôpital, légués au Musée Dupuytren ; ce Musée comprend plus de 650 pièces ayant, pour la plupart, trait aux affections des os. La Société anatomique augmente, en outre, continuellement le Musée Dupuytren, en demandant que les pièces qui lui sont présentées soient données au Musée.

Annexe d'histologie : Salle Pilliet. — M. le Dr LEGRY a continué dignement l'œuvre de son regretté prédécesseur, le Dr PILLIET, et l'ancien laboratoire de M. le Pr Mathias-Duval qui vient d'être annexé au Musée Dupuytren, contient déjà tous les éléments d'un riche Musée d'histologie. Le nom de salle Pilliet a été donné à juste titre à cette nouvelle fondation, car elle comprend une magnifique collection de 18,000 coupes histologiques ayant trait à l'histologie normale (surtout à celle du nouveau-né), à l'histologie comparée et à l'histologie pathologique, collection classée avec méthode et résultat du travail incessant de l'habile et savant micrographe que fut le Dr Pilliet. Cette salle s'est déjà enrichie de nombreuses préparations recueillies par M. Legry et les dons des membres de la Société anatomique en augmentera encore le nombre. Cette salle est ouverte aux travailleurs comme le Musée Dupuytren, et un microscope est mis à la disposition de ceux qui voudront examiner les préparations.

3° *Musée de Médecine opératoire et Appareils.* — Nous annoncions l'an passé le projet de création de ce Musée élaboré par M. le Pr TERRIER, et que son préparateur, M. Marcel BAUDOUIN, était en voie de réaliser, nous croyons pouvoir affirmer que M. le Pr BERGER désire terminer l'œuvre de son prédécesseur, et qu'il réunira autant que possible, les collections d'appareils et d'instruments pour en faire une section du Musée Dupuytren.

4° Le *Musée d'Instruments de Physiologie*, dû à l'initiative de M. Ch. VERDIN, est désormais complètement organisé. Il se compose de deux salles, situées à l'Ecole pratique, au-dessus du laboratoire d'Hygiène. Dans la salle principale se trouvent six vitrines remplies d'instruments ; l'autre est réservée aux grands appareils, par exemple le schéma de la circulation et les tables à vivisection, etc., etc. Déjà l'une des vitrines est consacrée à l'*histoire* des Instruments en Physiologie.

BIBLIOTHÈQUE. — La Bibliothèque de la Faculté de Médecine est ouverte de 11 heures du matin à 6 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2 du soir. Depuis quelques années, grâce à l'insistance du *Progrès médical*, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants, aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. HAHN ; — *Bibliothécaire-adjoint* : M. GOUAULT. — *Sous-bibliothécaire* : M. HAHN (Lucien).

En attendant l'installation définitive de ses nouveaux bâtiments, dont la construction marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé des locaux inoccupés et y a installé provisoirement un laboratoire de chimie, des salles d'examen, etc.

AVIS A MM. LES ETUDIANTS. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet, le mercredi à 10 heures 1/2, et le *Secrétaire*, les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

LABORATOIRES DES COURS DE LA FACULTÉ. — *Anatomie* : professeur, M. FARABEUF ; M. HEITZ-BOYER, préparateur. — *Médecine opératoire* : professeur, M. BERGER ; préparateur du cours et Conservateur du Musée, M. BANZET. — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. CHANTEMESSE ; chef de laboratoire, M. LAMY ; préparateur : M. GUERBET ; moniteur, M. SÉCALL. — *Thérapeutique* : professeur, M. N... ; chef de laboratoire, M. N..., agrégé ; préparateur, M. N.., agrégé. — *Pharmacologie et matière médicale* : professeur, M. POUCHET ; chef de laboratoire, M. BRISSEMORET ; préparateur, M. JOANIN. — *Physique* ; professeur, M. GARIEL ; préparateur, M. TURCHINI. — *Chimie* : professeur, M. A. GAUTIER ; chef des travaux de chimie biologique, M. BOURCET ; préparateur, M. GOUPIL. — *Médecine légale pratique* : professeur, M. BROUARDEL : chef des travaux, M. DESCOUST ; chef des travaux chimiques, M. OGIER ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. VIBERT ; préparateur, M. Georges BROUARDEL. — *Botanique* : professeur, M. BLANCHARD ; chef des travaux, Dr J. GUIART ; préparateurs, MM. NEVEU-LEMAIRE, E. BRUMPT, J. JUMENTIÉ. — *Pathologie générale* : professeur, M. BOUCHARD ; directeur honoraire, M. CHARRIN, agrégé ; chef de laboratoire, M. DESGREZ ; préparateur, M. CLAUDE.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires.

Il y a encore le *laboratoire de chimie de la Faculté*, où les élèves sont admis gratuitement ; mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

LABORATOIRES DES CLINIQUES. — *L. de l'Hôtel-Dieu.* Il est annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté et a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaire, sous la direction de MM. JOLLY, chef de laboratoire ; GRIFFON, chef adjoint du laboratoire ; BONNIER, aide-préparateur de laryngologie ; LACAILLE, aide-préparateur d'électrothérapie ; DÉHU (dermatologie) ; JOURNEAULT, aide-préparateur d'anatomie pathologique. Ce laboratoire paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chef de clinique médicale : M. GANDY. Chef de clinique chirurgicale, M. FREDET. M. CAZIN, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu ; HALLION, chef-adj.

Laboratoire des cliniques d'accouchements. — 1re chaire : Chef de clinique, M. PERRET ; Chef de clinique, adjoint : M. CHÉRON ; Chef du laboratoire : M. GALIPPE ; Chef adjoint du laboratoire, M. AUDION. — 2e chaire : Chef de clinique M. COUVELAIRE ; chef du laboratoire, M. FUNCK-BRENTANO.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié. — Chef de clinique : M. RAYMOND, adjoint. Chef du laboratoire, M. MIGNOT.

Laboratoire de clinique médicale de Laënnec : Ch. de clin. : M. N., adj.; chef des travaux, M. N...

Laboratoire de clinique médicale Beaujon. — Chef des travaux de bactériologie, M. CASTAIGNE ; chef des travaux d'anatomie pathologique, M. JOUSSET ; chef de clinique, M. N... Chef de clinique-adjoint, M. N... — *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef de laboratoire, M. BOIX ; Chef adjoint, M. NOÉ ; Chef de clinique, M. WIART.

Laboratoire de clinique médicale de Saint-Antoine. — Chef des travaux d'anat. path., M. BENSAUDE ; Chef des travaux chimiques, M. WINTHER ; Chef de clinique, M. HULOT ; Chef de clinique adj., M. ROSENTHAL. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de Necker* : Chef de laboratoire, M. PETTIT ; Chef de clinique, M. MOUCHET.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur. M. RAYMOND. — Chef de clinique, M. SICARD. — Chef honoraire du laboratoire, M. RICHER ; Chef du laboratoire, M. HUET. — Chef des travaux d'anatomie pathologique : M. PHILIPPE. — Ophtalmologie : M. PARINAUD. — Electrothérapie : M. N... — Travaux chimiques et photographie : M. LONDE. — Moulages : M. HUREL.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants. — M. GRANCHER, professeur. — Chef du laboratoire, M. VEILLON. — Pré-

parateur, M. AUCLAIR. — Moniteur. M. TISSIER. — Chef de clinique, M. HALLÉ.— Chef de clinique adjoint, M. GUILLEMOT.

Laboratoire de clinique ophtalmologique. — M. de LAPERSONNE, professeur.— Chef adjoint de laboratoire, M. N... — Chef de clinique, M. DRUAULT. Chef de clinique-adjoint : M. PLEY. — Aide de clinique ; M. SCRINI.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — M. JOFFROY, professeur. — Chefs de laboratoire. MM. SERVEAUX et DUMAS ; chef des travaux ophtalmologiques. M. SCHRAMECK ; chef des travaux otologiques, M. GELLÉ. — Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. RABAUD.— Chefs de clin., MM. MIGNOT et MERCIER.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. FOURNIER, professeur. — Chef de laboratoire, M. GASTOU. — Chef adjoint de laboratoire, M. CATHELINEAU. — Chef de clinique, M. MILIAN. — Chef de clinique adjoint, M. N...

Laboratoire de clinique des maladies des voies urinaires. — M. GUYON, professeur. — Chefs de laboratoire : M. HALLÉ, section de bactériologie et d'histologie ; M. CHABRIÉ, section de chimie.—Chef de clinique : M. N... ; chef de clinique adjoint : M. N...

Laboratoire de clinique gynécologique. — M. POZZI, professeur. — Chef de clin., M. Jayle ; Chef de clin. adj., M. Beaussenat. — Chef de labor. d'histologie, M. Latteux.

Laboratoire de clinique de chirurgie des enfants. — M. KIRMISSON, professeur. — Chef de labor., M. N... ; Chef de clinique, M. N...

Droits afférents aux Etudes médicales.

1° *Droits obligatoires.*

Les droits sont de 30 fr. pour chaque inscription ; soit 480 fr. pour les seize.

Les droits d'examens sont fixés ainsi qu'il suit :

ANCIEN RÉGIME.

1er examen			55 fr. (1).
2e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

NOUVEAU RÉGIME.

1er examen			55 fr.
2e examen			55
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
These			240

Droits à percevoir au profit des Universités. (Extrait du décret du 31 juillet 1897.)

Article premier. — Le tarif des droits dont recette est faite aux budgets des Universités est fixé ainsi qu'il suit : Droits à acquitter par tous les étudiants : Droit annuel d'immatriculation d'études. 20 fr. ; Droit annuel de bibliothèque, 10 fr. Le droit d'immatriculation n'est pas dû par les étudiants assujettis au droit d'inscription. *Facultés de Médecine.* — Droits à acquitter par les aspirants au doctorat pendant la période scolaire : Droit trimestriel d'inscription, 30 fr. : Droit trimestriel de travaux pratiques, 15 fr. Droits à acquitter par les étudiants admis dans les laboratoires de recherches : Droit trimestriel, 50 à 150 francs, suivant décision du conseil de la Faculté.

Droits facultatifs.

Les docteurs français et les docteurs étrangers, les étudiants étrangers et les étudiants pourvus de toutes leurs inscriptions ou dont la scolarité a été interrompue, peuvent. sur leur demande. être admis à participer aux diverses séries de travaux pratiques moyennant le versement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire et par série de travaux.

Exonérations. — Les étudiants boursiers, ainsi que les enfants, fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et primaire, sont dispensés du paiement des droits d'inscription. Un dixième des étudiants astreints à ce droit peuvent en outre être exonérés par la Faculté.

Chaque année, avant l'ouverture de la période scolaire, le Ministre de l'Instruction publique fixe le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés. La Faculté répartit ensuite les dispenses qui sont accordées pour une année scolaire, et renouvelables.

La dispense du droit d'inscription n'entraîne pas celle du droit de bibliothèque et de travaux pratiques, qui sont versés trimestriellement, suivant les règles établies.

Les étudiants qui veulent solliciter la dispense du droit d'inscription doivent en faire la demande au Doyen du 15 octobre au 1er novembre ; ces demandes sont libellées sur papier timbré et accompagnées d'un état certifié par le Maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

Quand il s'agit d'une dispense de première année, la demande doit être en outre appuyée d'un extrait du dossier scolaire certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où l'élève a fait ses deux dernières années d'études.

La gratuité des inscriptions n'est concédee qu'aux étudiants français. 1° *Versement des droits afferents aux études médicales*: Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (25, quai des Grands-Augustins, à Paris) ou dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement est fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. Jours et heures auxquels ils sont délivrés.* — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques, de bibliothèque et d'inscriptions sont délivrés aux dates et jours indiqués plus haut.

3° *Annulation des bulletins de versement.* — Sont annulés les bulletins de versement dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du Doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés.* — Le remboursement des consignations (intégral ou partiel) a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, sur la production, par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récipissé à talon justificatif du versement ; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du Ministre des Finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen ; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.). Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpitaux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le Doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

Avis divers.

5° *Mise en séries des candidats aux examens.* — Les candidats inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu 15 jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et, enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèse de doctorat. — Mise en séries.* — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

(1) Cette somme est ainsi divisée pour les cinq examens :

Droits d'examen	30 fr.
Droits de certificat d'aptitude	25

Pour la these :

Droits d'examen	100 fr.
Droits de certificat d'aptitude	40
Droits de diplome	100

1° Dépôt, au Secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat. Ce dépôt a pour but : *a)* de s'assurer si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse ; *b)* de soumettre le manuscrit au visa de M. le Doyen et de M. le Recteur, qui donnent le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 ou les 48 heures).

2° Remise, au Secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : *a)* le nom du candidat de la thèse ; *b)* la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. — Le candidat complètera cet engagement par une note signée par lui et renfermant : *a)* le nom du président de la thèse : *b)* l'indication du sujet de la thèse ; *c)* le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. — L'engagement de l'imprimeur doit être remis au plus tard le mardi avant 5 heures. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines qui suivent, de même que pour les examens.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs et agrégés en exercice. — Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 180 exemplaires de la thèse, à la Faculté, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM. les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les art. 1 et 2 ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui, après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux art. 3 et 4, seront considérés comme absents sans excuse, et perdront, par suite, la somme de 100 francs, montant des droits d'examen.

7° *Format des thèses.* — M. le Ministre de l'Instruction publique a décidé que, conformément à l'avis émis par les Conseils des Facultés de Médecine, l'art. 20 de l'arrêté du 20 Prairial, an XI, est abrogé. A partir de l'année scolaire 1896-97, le format des thèses de Doctorat en Médecine sera l'in-octavo.

8° *Cartes d'étudiant. Carte d'admission aux conférences de médecine légale et à la Clinique d'accouchements* — 1° Les cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente ; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur ; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales ; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu).

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.* — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. L'étudiant appelé sous les drapeaux est également tenu d'en faire la déclaration avant le 1er octobre. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou de plusieurs inscriptions ; si l'étudiant a toutes ses inscriptions, il pourra être ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Service militaire des Etudiants.

Dispense pour continuation d'etudes. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, en attendant leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, ou le titre d'interne des hopitaux nommés au concours dans une ville où il existe une Faculté.

Les jeunes gens qui n'auraient pas obtenu, avant l'âge de vingt-sept ans, les titres ou diplômes spécifiés, ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée, seront tenus d'accomplir les deux années de service militaire dont ils avaient été dispensés.

Les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, inscrits dans les Facultés des Sciences, comme aspirants au doctorat en médecine, bénéficient également, en vertu des dispositions de la circulaire ci-après du 20 novembre 1894, des deux dernières années de service militaire pour continuation d'études :

« Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous informer, pour confirmer mon télégramme du 7 novembre courant, que, sur ma demande, M. le Ministre de la Guerre a décidé que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 comme se préparant au doctorat en médecine.

Ces jeunes gens devront, à cet effet, produire un certificat modèle G, délivré par le Doyen de la Faculté des Sciences ou par le directeur de l'École de Médecine où cet enseignement est organisé, et portant la mention « est actuellement inscrit à la Faculté des Sciences de....., et à l'Ecole de Médecine de....., comme aspirant au doctorat en Médecine (année préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles) ». Si l'étudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le..... n'est pas périmée ». Si l'étudiant a plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la première, le...., la deuxième, le...., etc., ne sont pas périmées. »

« Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les Doyen et Directeur de la Faculté et des Ecoles de Médecine, et de leur donner toute la publicité nécessaire.

Justifications à produire. — Le règlement d'administration publique du 23 novembre 1889 détermine les justifications à produire pour obtenir la dispense des deux dernières années de service militaire.

Art. 1er. — Sont, sur leur demande (*modèle A.*), envoyés ou maintenus définitivement en congé dans leurs foyers jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, pourvu qu'ils aient une année de présence sous les drapeaux, les jeunes gens qui obtiennent ou ont obtenu un des diplômes mentionnés à l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, soit avant leur incorporation, soit pendant leur présence sous les drapeaux, soit pendant leur séjour en congé dans leurs foyers.

Les jeunes gens qui ont obtenu avant leur comparution devant le conseil de révision les diplômes indiqués ci-dessus doivent produire au conseil les pièces officielles constatant cette obtention.

Pour les jeunes gens présents sous les drapeaux, l'envoi en congé est prononcé par l'autorité militaire, sur le vu des diplômes ou pièces officielles. Pour les jeunes gens présents dans leurs foyers, avant leur incorporation, ou qui y sont envoyés en congé, la dispense est également prononcée par l'autorité militaire, après remise des pièces justificatives au commandant du bureau de recrutement de la subdivision de région à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage au sort. Dans ces deux derniers cas, la production des pièces justificatives doit avoir lieu dans le mois qui suit l'obtention des diplômes.

Art. 12. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de licencié ès lettres ou ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, soit le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, doivent, pour obtenir la dispense, présenter un certificat du doyen de la Faculté ou du directeur de l'École de Pharmacie ou de médecine et de pharmacie à laquelle ils appartiennent, constatant qu'ils sont régulièrement inscrits sur les registres et que leurs inscriptions ne sont pas périmées (*modèle G*).

Art. 13. — Les jeunes gens visés à l'article précédent doivent, jusqu'à l'obtention des diplomes ou titres spécifiés audit article, produire annuellement jusqu'à l'âge de vingt-six ans (1), fixé par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, un certificat établi par les doyens des Facultés ou par les directeurs des Ecoles dont il s'agit, constatant qu'ils continuent à être en cours régulier d'études. Ledit certificat doit être visé par le recteur de l'Académie.

Les registres d'inscription des Facultés, Ecoles supérieures de pharmacie, Ecole de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, sont tenus à la disposition de l'autorité militaire qui peut en prendre connaissance sans déplacement.

Les étudiants en médecine et en pharmacie qui obtiennent après concours le titre d'interne des hôpitaux dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, justifient de leur situation : à Paris, par un certificat du directeur de l'Assistance publique visé par le préfet de la Seine ; dans les départements, par un certificat du maire président de la commission administrative, visé par le préfet (*Modèle* G.)

Art. 35. — Les pièces justificatives que les jeunes gens doivent produire à l'appui de leurs demandes (*modèle A*), par application des dispositions des articles 12 et 13 du décret sont présentées : 1° au conseil de révision ; 2° au commandant du bureau de recrutement, avant l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées qu'après la comparution de l'intéressé. La dispense est prononcée,

(1) La loi du 13 juillet 1895 a reculé à vingt-sept ans l'âge auquel les dispensés doivent fournir les justifications imposées.

dans les premiers cas, par le conseil de révision, et dans le second cas, par l'autorité militaire, sur le vu desdites pièces justificatives.

Art. 36. — Les dispensés doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de 26 ans (1), au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage, le certificat prévu à l'art. 12, dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

Art. 37. — L'année de service, imposée aux jeunes gens dispensés en vertu de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, doit être uniquement consacrée à l'accomplissement de leurs obligations militaires ; sous aucun prétexte, ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

Engagement volontaire avec bénéfice de l'envoi en congé. — Par application des dispositions de la loi du 11 juillet 1892, les jeunes gens âgés de dix-huit ans accomplis, qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, peuvent être admis à contracter l'engagement volontaire avec le bénéfice de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Voici un extrait de la circulaire de M. le Ministre de la Guerre en date du 21 juillet 1892, et relative à l'application de cette loi :

« ... Désormais, tous les jeunes gens se trouvant dans l'une des conditions indiquées à l'article 23, qu'ils soient en cours d'études ou déjà diplômés, pourront, en contractant un engagement volontaire, conserver le bénéfice de l'envoi en congé, sous la condition d'en faire la demande par écrit au moment où ils s'engagent et de produire à l'appui de cette demande, les pièces justificatives qu'ils auraient à produire au conseil de révision après avoir tiré au sort, pour obtenir la dispense.

Les actes d'engagement devront, conformément aux prescriptions de l'article 8 du 20 septembre 1889, porter mention de ces demandes et des pièces justificatives produites qui seront annexées à la minute de l'acte.

« Ils ne seront reçus qu'à partir du 1er octobre et jusqu'à la date annuellement fixée pour la mise en route de la classe.

« Les jeunes gens s'engagent exclusivement pour les régiments d'infanterie, d'artillerie et de génie désignés par la circulaire de répartition pour recevoir les hommes du contingent appelés pour un an dans la subdivision où leur famille est légalement domiciliée. »

Date limite de la production des diplômes ou titres exigés. La production des diplômes ou titres en vue desquels la dispense a été accordée doit être faite avant le 1er novembre qui suit l'accomplissement de la vingt-septième année.

Ouverture des Cours (voir à la page 378)

Enseignement médical dans les hôpitaux.

Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Cornil, conférences d'anatomie pathologique, jeudi 9 h. 1/2. Laboratoire. Conférences de chimie clinique, samedi 9 h. 1/2. Laboratoire. — M. le Dr Brissaud, maladies du système nerveux, lundi 9 h. 1/2. Salon de la salle Sainte-Madeleine. - M. le Dr Faisans, maladies des voies respiratoires, tous les jours 9 h. 1/4. Salles Saint-Thomas et Sainte-Anne. — M. le Dr Championnière, clinique chirurgicale, jeudi 10 heures Amphithéâtre Desault. Opérations abdominales, mardi 9 heures. Salle de gynécologie. — M. le Dr Legry, examen des malades, clinique médicale, tous les jours à 9 h. 1/2. Consultation. — M. le Dr Chevalier, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours à 9 h. 1/2. Cosultation.

Pitié. — M. le Dr Albert Robin, maladies de la nutrition, lundi 9 h. 1/2. Amphithéâtre des cours. — M. le Dr André Petit, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi 9 heures. Salle Trousseau. — M. le Dr Babinski, maladies du système nerveux, samedi 10 h. 1/4. Annexe de la salle Grisolle. — M. le Dr Thibierge, maladies de la peau, dimanche 10 heures. Amphithéâtre des cours. Consultations, mercredi, samedi 9 heures. Salle des consultations spéciales. Opérations dermatologiques, mardi 9 heures. Salle Piorry. — M. le Dr Lepage, conférences cliniques, mercredi 10 heures. Service d'accouchement. — M. le Dr Thiéry, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours 9 h. 1/2. Salle de la consultation externe.

Charité. — M. le Dr Gouraud, conférences cliniques, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Moutard-Martin, conférences cliniques, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Oulmont, conférences cliniques, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Campenon, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi. Au lit des malades. Jeudi. Amphithéâtre Velpeau. Opérations, mardi, samedi. — M. Maygrier, clinique obstétricale, jeudi 10 h. 1/2. Amphithéâtre Velpeau.

Saint-Antoine. — M. le Dr Ballet, maladies du système nerveux et maladies mentales, dimanche 10 heures. Amphithéâtre de la clinique de la Faculté. En hiver. — Un avis spécial annoncera la date de la reprise des cours. — M. le Dr Gaucher, maladies de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi 10 heures. Salle des consultations spéciales. — M. le Dr A. Siredey, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi 9 heures. Salles Bichat et Chomel. Consultations de gynécologie, mardi, samedi 9 h. 1/2. Conférences de gynécologie médicale, jeudi 10 h. A l'annexe de la salle Chomel. — M. le Dr Lermoyez, maladies du nez, du larynx et des oreilles, conférences techniques et de thérapeutique spéciale, mardi, samedi 9 h. 1/2. Opérations, lundi et vendredi 9 h. 1/2. Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — M. le Dr Galliard, maladies du poumon et de la plèvre, mardi 9 h. 1/2. Salle Nélaton. — M. le Dr Gilles de la Tourette, maladies du système nerveux, mercredi, vendredi 10 heures. Laboratoire Axenfeld. — M. le Dr Béclère, maladies des organes thoraciques, examen clinique des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Salles Grisolle et Magendie. Examen radioscopique des malades, samedi 10 h. 1/2. Conférences de radiologie médicale, dimanche 10 heures. Salle des conférences. — M. le Dr Thoinot, examen des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Salles Marjolin, Roux et Corvisart. — M. le Dr Bar, examen des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Maternité. — M. le Dr Hudelo, Examen des malades, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1/2. Salle de la consultation.

Necker. — M. le Dr Rendu, leçons cliniques, jeudi 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr Huchard, clinique et consultations thérapeutiques, vendredi 9 heures. Pavillon de la salle Delpech. — M. le Dr Cuffer, conférences de microbiologie, anatomie pathologique, urologie, lundi 9 heures. Pavillon Peter. Leçons de pathologie clinique, mardi 10 h. 1/2. Pavillon Peter. Leçons cliniques, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Barth, conférences cliniques, mercredi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Routier, leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, mardi 9 heures. Amphithéâtre. A partir du 1er juin.

Cochin. — M. le Dr Chauffard, conférences de clinique médicale, samedi 10 heures. Amphithéâtre du service. — M. le Dr Delpeuch, maladies générales et diathèses, lundi, mercredi, vendredi 9 h. Au lit des malades. — M. le Dr Schwartz, chirurgie générale, lundi, mercredi, vendredi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Quénu, pathologie chirurgicale, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades.

Beaujon. — M. le Dr Fernet, conférences cliniques, mardi, samedi 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Debove, conférences cliniques, lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Troisier, conférences cliniques, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Lacombe, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi. Au lit des malades. — M. le Dr Berger, chirurgie abdominale, lundi, mercredi, vendredi 9 heures. Chirurgie générale, mardi, jeudi, samedi 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Bazy, conférences cliniques et consultations pour les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. Chirurgie générale, mercredi, vendredi 9 h. 1/2. Au lit des malades. Opérations de gynécologie, mardi, jeudi 9 h. 1/2. Pavillon Dolbeau.

Lariboisière. — M. le Dr Duguet, clinique médicale, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Gouguenheim, laryngologie, rhinologie, otologie, tous les jours 9 heures. Salle de la consultation. Opérations, mercredi 9 heures. Pavillon Daivaine. — M. le Dr Landrieux, clinique médicale, samedi 10 heures. Au lit des malades. Consultation externe de gynécologie, jeudi 9 heures. Salle de gynécologie. — M. le Dr Dreyfus-Brissac, conférences de pathologie, clinique, mercredi 9 h. 1/2. Salle Maurice Raynaud. — M. le Dr Tapret, conférences de pathologie clinique, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Brault, clinique médicale, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Delens (Dr Savineau, assistant), maladies des yeux, tous les jours 9 h. 1/2. Salle de l'ophtalmologie. — M. le Dr Peyrot, clinique chirurgicale, jeudi 10 heures. Grand Amphithéâtre ; mardi, vendredi 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Paul Reynier, clinique chirurgicale, samedi 10 heures. Amphithéâtre Gosselin ; tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Tuffier, visite et interrogatoire des élèves, lundi, mercredi, vendredi 9 heures. Au lit des malades. Opérations mardi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Salle d'opérations. Clinique, jeudi 9 h. 1/2. Amphithéâtre. — M. le Dr Bonnaire, clinique obstétricale, tous les jours 9 heures. Maternité.

---

(1) La loi du 13 juillet 1895 a reculé à vingt-sept ans l'âge auquel les dispensés doivent fournir les justifications imposées.

Tenon.— M. le Dr Bourcy, leçons cliniques, mercredi 10 h. 1/2. Salle Lelong ; tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Legendre, leçons de clinique et de thérapeutique, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Ménétrier, clinique médicale, tous les jours, 10 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Duflocq, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades : mardi 10 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Launois, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Félizet, chirurgie infantile, tous les jours excepté le jeudi, 10 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Poirier, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Lejars, clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Boissard, clinique obstétricale, tous les jours excepté le dimanche, 10 heures. Au lit des malades.

Laënnec. — M. le Dr Landouzy, séméiotique, mardi 10 heures. Amphithéâtre : conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades ; leçons cliniques, jeudi 10 heures. Amphithéâtre. — Chaque matin, à 9 h. 1/2, leçon didactique et clinique par un candidat à l'agrégation en médecine. — M. le Dr Merklen, visites et conférences de séméiologie, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades : leçons cliniques, mercredi 10 h. 1/2. Amphithéâtre : conférences de bactériologie, lundi 10 h. 1/4. Amphithéâtre. — M. le Dr Barié, conférence de clinique et de thérapeutique, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades ; séméiologie générale et maladies du cœur, mercredi 10 h. Amphithéâtre. — M. le Dr Hirtz, conférences cliniques, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades ; conférences de thérapeutique clinique, vendredi, 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr Reclus, examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades ; thérapeutique chirurgicale, samedi 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr Rendu (service temporaire), visite et examen des malades, tous les jours 9 h. 1/4. Au lit des malades : conférences de clinique et de pathologie élémentaire, mardi 10 heures. Ancien Amphithéâtre. — M. le Dr E. Dupré (service temporaire), examen des malades (affections nerveuses et mentales), tous les jours 10 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Paul Claisse, conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi 10 heures. Consultation. — M. le Dr J.-L. Faure, examen des malades et conférences cliniques, tous les jours 9 h. 1/2. Consultation.

Bichat. — M. le Dr Roques, conférences cliniques, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Talamon, visite des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Salles Louis et Bazin. — M. le Dr Picqué, examen clinique des malades, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Salles Chassaignac et Jarjavay : opérations générales et abdominales, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Salles Chassaignac et Jarjavay. — M. le Dr Barbier, conférences de séméiologie et de thérapeutique, vendredi 9 h. 1/2. Salle de la consultation. — M. le Dr Guillemain, exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours 9 h. 1/2. Salle de la consultation.

Andral. — M. le Dr Mathieu, maladies des voies digestives (leçon clinique), vendredi 10 heures. A partir du 1er mai.

Broussais. — M. le Dr Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique tous les jours 10 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Œttinger, conférences de clinique et de séméiologie, mardi, jeudi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Michaux, visite et opérations, tous les jours 9 heures.

Boucicaut. — M. le Dr Letulle, conférences cliniques, tous les jours 9 h. 1/2. — M. le Dr Gérard-Marchant, opérations, lundi, mercredi, vendredi 9 heures : leçons de clinique, mardi 10 heures ; visite des malades, jeudi, samedi 9 heures. — M. le Dr Doléris, grossesse (affections gynécologiques, accouchement, suites de couches), lundi 10 heures, Maternité. Exercices pratiques d'obstétrique, vendredi 10 heures. Maternité. — M. le Dr Demoulin, conférences, samedi 10 heures. Salle de la consultation.

Saint-Louis. — M. le Dr Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (présentation des malades et conférence clinique), samedi 10 heures. Laboratoire du pavillon Bazin. — M. le Dr Tenneson, consultation externe, mardi 9 heures, 38, rue Bichat. Examen des nouveaux malades, mercredi 9 heures. Laboratoire Alibert. Opérations dermatologiques, vendredi 9 heures. Laboratoire Alibert. — M. le Dr Du Castel, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi ! h. 1/2. Salle des conférences. A partir du mois de décembre. Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2. Laboratoire Cazenave. Examen et discussion des nouveaux malades. Policlinique, jeudi 9 heures. Salle Cazenave. — M. le Dr Danlos, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi. Examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), mercredi, samedi. — M. le Dr Balzer, conférences cliniques, mercredi 9 h. 1/2. Salle Lorry. — M. le Dr Richelot, conférences cliniques, lundi et vendredi 9 heures. Isolement. Opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi 9 heures. Isolement. — M. le Dr Nélaton, clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi 9 heures. — M. le Dr Ricard, conférences et opérations, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Legueu, conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, 10 heures. Salle de la consultation.

Ricord.— M. le Dr Alexandre Renault, affections vénériennes et cutanées, jeudi 11 heures. Salle des cours. — M. le Dr Queyrat, maladies de la peau (Policlinique), lundi 9 heures. Salle des cours. Maladies des voies urinaires (Policlinique), mardi 8 h. 1/2. Salle d'opérations. Maladies vénériennes. Conférences cliniques, vendredi 10 heures. Salle des cours. Consultation externe, mercredi et samedi 9 heures. Salle de la consultation. Examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi et dimanche 9 heures. Salle d'opérations.

Broca. — M. le Dr de Beurmann, leçons sur les affections vénériennes et cutanées, mardi 10 heures. Salle Goupil, à partir d'avril. — M. le Dr Brocq, petite chirurgie dermatologique, mardi 8 h. 1/4. Salle de la consultation. Conférences sur le traitement des maladies de la peau, vendredi 8 h. 1/4. Salle de la consultation. — M. le Dr Pozzi, opérations, mardi, jeudi, samedi 10 heures. Amphithéâtre du service. Clinique gynécologique, lundi, mercredi, vendredi 10 heures. Amphithéâtre du service. Démonstrations histologiques, samedi 9 heures. Amphithéâtre du service.

Enfants-Malades. — M. le Dr Descroizilles, maladies infantiles, jeudi 9 heures. Salle de consultation ; mercredi 9 h. 1/2. Salle Gilette. — M. le Dr Moizard, leçons cliniques, mercredi, samedi. Au lit des malades. — M. le Dr Sevestre, leçons cliniques sur la diphtérie, mardi, jeudi, samedi. Salle de la conférence du service. — M. le Dr Comby, leçons de thérapeutique clinique, mardi 9 heures. Salle de consultation. Leçons cliniques, mercredi 9 heures. Salle de Chaumont. — M. le Dr Variot, leçons cliniques, tous les jours, sauf le vendredi, 10 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Lannelongue (Dr Villemin, assistant), conférences cliniques, mercredi, vendredi 9 h. 1/2. Au lit des malades ; conférences faites par le Dr Lannelongue ; jeudi 10 h. 1/4. Amphithéâtre, conférences faites par le Dr Villemin. — M. le Dr Brun, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours 9 heures. Au lit des malades.

Trousseau. — M. le Dr Josias, clinique infantile, mardi, vendredi 9 heures. Salles Blache et Barrier. — M. le Dr Netter, clinique infantile, mercredi, samedi 9 h. 1/2. Salles Bouvier et Archambault. — M. le Dr Richardière, clinique infantile, lundi, jeudi, 10 heures. Salle Lugol. — M. le Dr Guinon, clinique infantile (angines, dipthéries, trachéotomies, tubages), tous les jours 10 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Kirmisson, chirurgie infantile, mardi et samedi 10 heures. Salle d'opérations. — M. le Dr Broca, chirurgie infantile, mardi et samedi 9 heures. Salle de consultation.

Salpêtrière. — M. le Dr Déjerine, maladies du système nerveux, mercredi 9 h. 1/4, jeudi 5 heures. Salle de la consultation externe. Le cours du jeudi commencera en mai. Consultation externe-policlinique nerveuse, mercredi 9 h. 1/2. Salle de la consultation externe. — M. le Dr Segond, clinique gynécologique, lundi 10 h. 1/2. Opérations, samedi 10 h. 1/2. — M. le Dr J. Voisin, maladies mentales, jeudi 10 heures. Section Esquirol, de février à mai. — MM. les Drs Charpentier et Roubinovitch, maladies mentales, dimanche, 10 heures. Section Pinel. — M. le Dr Deny, maladies mentales, jeudi 10 heures. Section Rambuteau (à partir du mois de mai).

La Rochefoucauld. — M. le Dr Darier, maladies de la peau. — Conférences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Salle de la consultation externe.

Sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pendant l'année scolaire 1901-1902 : savoir : la première, le 4 novembre 1901 ; la deuxième, le 26 mai 1902.

I. *Conditions d'admission.* — Sont seuls admis à se présenter à ces sessions : 1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893 ; 2° pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ; 3° pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des

écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

II. *Pièces à produire.* — Les candidats produiront les pièces suivantes : un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce : un extrait de leur casier judiciaire ; et, suivant le cas : un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889 ; un certificat constatant qu'ils sont Français : le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893 ; à ces pièces, les candidats élèves des écoles dentaires visés au paragraphe 1er devront joindre : 1° soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895 ; 2° un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc. ; 3° un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et se son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

III. *Consignations.* — Les consignations seront reçues, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées : savoir : 1° première session : 1er examen, les 21 et 22 octobre 1901 ; 2e examen, les 18 et 19 novembre 1901 ; 3e examen les 16 et 17 décembre 1901 ; 2e Deuxième session : 1er examen, les 12 et 13 mai 1902 : 2e examen, le 2 et 3 juin 1902 ; 3e examen, les 23 et 24 juin 1902.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme). Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. *Date des examens.* — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir : 1° première session : 1er examen, du 4 au 16 novembre 1901 ; 2e examen, du 2 au 14 décembre 1901 ; 3e examen, du 6 au 18 janvier 1902 ; 2° deuxième session : 1er examen, du 26 au 31 mai 1902 ; 2e examen, du 16 au 21 juin 1902 : 3e examen, du 7 au 19 juillet 1902.

Thèses de la Faculté de médecine de Paris

Le *Progrès médical* publie toutes les semaines la liste des thèses et des examens de la Faculté de médecine.

HOPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située avenue Victoria, n° 3, et quai de Gesvres, n° 4. — Directeur, M. Ch. MOURIER, maître des requêtes au Conseil d'Etat. — Secrétaire général, M. Thilloy. — Chef du Bureau du Personnel, M. Marot ; Chef du Bureau du service de santé : M. Lejars.

Hopital Andral, 35, rue des Tournelles : 99 lits. — *Médecin* : M. Mathieu. — Consultations pour les maladies de l'estomac et de la digestion, le mercredi. — Consultations de médecine : tous les jours à 9 heures. M. le Dr Teissier (M. H.) ; M. le Dr A. Riche, suppléant. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de Saint-Antoine. Dentiste : M. le Dr Sauvez.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 : 554 lits. — *Médecin* : M. Fernet, Salles Barth (H.) et Gubler (F.). Visite à 9 h. — M. le professeur Deboves, professeur de clinique (chef de clinique M. M. Labbé). Salles Béhier (F.) et Sandras (H.). Legroux (H.). Crèche. Visite à 8 h. — Consultations pour les maladies du thorax et de l'abdomen le jeudi. — M. Troisier, Salles Monneret (H.) et Vulpian (F.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Lacombe, Salles Louis (H.) et Axenfeld (F.). Visite à 8 h. 1/2. — *Chirurgiens* : M. Berger, Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mardi. Salle Verneuil. Chroniques, chirurgie, Femmes. — M. Bazy, Salles Gosselin (H.), Robert (H.) et Huguier (F). Visite à 8 h. 1/2. Opérations le mercredi. Consultation pour les maladies des voies urinaires, les lundi, jeudi, samedi. — M. Tuffier, Salles Malgaigne (H.). Ambroise Paré (H.), Jarjavay (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation pour les maladies chirurgicales du thorax et de l'abdomen, le mercredi. *Accoucheur* : M. Ribemont-Dessaignes, professeur chargé de l'école externe d'élèves sages-femmes de la Faculté. Chef de clinique : M. le Dr Rudaux. Visite 9 h. 1/2. Maternité. Consultations tous les jours à 10 heures. *Pharmacien* : M. Léger. — *Dentiste* : M. le Dr Aguilhon de Sarran. Consultations externes les mardi et samedi, à 9 heures.

Tous les jours consultations externes. *Médecine*, M. le Dr Bruhl médecin des hôpitaux ; M. le Dr Herrenschmidt, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Lyot, chir. des hôp. M. le Dr N..., suppléant. Entrée des malades de 8 h. à 9 h.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Elle est placée dans un local attenant aux chambres des internes ; elle ne contenait guère que 500 volumes en 1878 ; elle en renferme maintenant plus de 3.000 grâce aux legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 400 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes (1).

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — 1.770 lits réglementaires pour les *vieillards et infirmes*, population réelle 1.937 ; 1.244 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques* ; population réelle 1.314. Dans ce dernier chiffre, sont compris 417 enfants épileptiques ou arriérés et 42 épileptiques simples. — Infirmerie de l'hospice. *Médecin* : M. P. Marie. — *Chirurgien* : M. Pierre Delbet. — Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits à l'infirmerie, en médecine et en chirurgie, pour des malades du dehors : ceci a été fait : 49 lits (26 en chirurgie et 23 en médecine).

Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundi, mercredi, vendredi, et pour la médecine les mardi, jeudi et samedi. — *Division des aliénés* : 1re section, M. Féré. — 2e section, M. Séglas. — 3e section, M. Chaslin. — 4e section, M. Bourneville. — Médecin adjoint : M. Nageotte. — A Bicêtre, il n'y a pas d'externes ; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis plusieurs années, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a eu besoin qu'exceptionnellement de recourir à des externes, ou à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on devrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis ; c'est là un palliatif insuffisant. L'éclairage des corridors est illusoire ; la toiture de plusieurs pièces, en partie effondrée, laisse pénétrer les eaux pluviales. Dix internes seulement, sur 14, sont logés. Des dix chambres qui leur sont affectées, six sont à peu près habitables. La seule chose à faire serait de construire un pavillon spécial. Un projet est à l'étude depuis longtemps ; il est très désirable qu'on en fasse hâter le vote et l'exécution. — *Médecin dentiste* : Dr L. Dumont. — *Pharmacien* : M. Berthoud.

Fondation Vallée. — Cette fondation, qui appartient au *département* de la Seine, consacrée aux petites *filles idiotes* et *arriérées*, doit être le point de départ d'un asile de trois à quatre cents lits. Elle est administrée *provisoirement* par l'hospice de Bicêtre. Sa population actuelle est de 200 enfants. Un interne de l'hospice est chargé, sous la direction du médecin-chef de service, d'assurer le service médical.

Les internes de Bicêtre ont une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (2).

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1898), elle compte aujourd'hui plus de 3.500 volumes (3). Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. Jusqu'à cette année, un crédit de 600 francs était affecté par le Conseil municipal pour l'achat d'ouvrages nouveaux, et intégralement employé à cet usage. Ce crédit, réduit à 300 francs, ne permet plus de renouveler les abonnements aux périodiques étrangers, ni d'acquérir les ouvrages classiques récents. A peine suffit-il à payer la reliure d'ouvrages antérieurement acquis. — Les internes de l'hospice avaient encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés restait à l'amphithéâtre et pouvait servir à la dissection ou à la médecine opératoire. A la suite d'un incident survenu à l'hôpital Saint-An-

(1) Les chiffres que nous donnons pour les *Bibliothèques médicales* sont approximatifs. On trouvera (p. 316) le tableau, que, répondant à notre demande, l'Administration a fait établir cette année.

(2) Il est à remarquer que les externes des hôpitaux dits excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 50 fr., par exemple à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eût des indemnités égales pour des distances égales, qu'on soit médecin, chirurgien, interne ou externe ? L'équité le voudrait.

(3) La subvention municipale annuelle est de 600 francs.

tome, un arrêté du Directeur général de l'Assistance publique a supprimé cet avantage. Nous avons la certitude d'etre l'interprète de tous, médecins, chirurgiens et internes de Bicêtre, pour demander le rétablissement de l'ancienne pratique.

Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières. — Cette école, fondée au mois de mai 1878, comprend une *école primaire* et une *ecole professionnelle.* — *Cours théoriques* : *Administration*, M. Mulheim, directeur de l'hospice ; — *Anatomie elementaire et physiologie*, M. Bonnaire ; — *Pansements et petite chirurgie*, M. Noir ; — *Hygiène*, M. Laurens ; — *Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés*, M. Mouchotte ; — *Petite pharmacie*, M. le Dr Cornet.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 188 lits. — *Médecins* : M. Talamon. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). — M. Roques. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). — *Chirurgien* : M. Picqué. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Grandes opérations (chirurgie abdominale), les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2.— Pharmacien : M. Guerbet. — Dentiste : M. le Dr Sauvez.

Consultations de medecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés, à 9 heures du matin. *Médecine* : M. le Dr Soupault, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Dufournier, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Chevalier, assistant : M. le Dr Baraduc, suppléant.

Consultations spéciales faites par M. le Dr Picqué. — *Gynécologie* : lundi, vendredi; *Voies urinaires* : mercredi ; *Laryngologie* : mercredi : *Ophtalmologie* : lundi : *Electrotherapie* : lundi, mercredi, vendredi.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliotheque, alimentée par une subvention annuelle du Conseil municipal, de 400 fr. et par les cotisations mensuelles (2 fr.) des Internes, contient environ 400 volumes.

Hôpital Boucicaut, rue de la Convention 130 lits. — *Medecin* : M. le Dr Letulle. — *Chirurgien* : M. le Dr Gérard-Marchant (A.-H.). — *Accoucheur* : M. le Dr Doleris : Dentiste : M. le Dr H. Didsbury.

Consultations de medecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures : M. le Dr F. Bezancon, médecin des hôpitaux. M. le Dr Critzmann, suppléant. — M. le Dr Demoulin, chirurgien des hôpitaux, M. le Dr Collinet, suppléant.

Hôpital Bretonneau, rue Carpeaux ; 244 lits. — *Medecins* : MM. les Drs Sevestre et Josias. — *Chirurgien* : M. le Dr Felizet. — Dentiste : M. le Dr Quendot. Consultations externes, lundi, vendredi 10 h. 1/2. — Pharmacien : M. Hérat. Consultations de médecine et de chirurgie (maladies de l'enfance) tous les jours à 9 heures.

Hôpital Broca, n° 111, rue Broca : 291 lits, savoir : 222 de médecine, syphilitiques 178, et dermatologie 44 ; chirurgie 63 lits et 6 berceaux. — M. Brocq : Salles Cullerier et Natalis Guillot (vénériennes), 82 lits. Salle Vidal (Dermatologie), 22 lits. M. de Beurmann. Salles Astruc, Goupil et Van Swieten (vénériennes), 96 lits. Salles Bouley et Fracastor (dermatologie), 22 lits. — *Chirurgien* (Gynécologie) : M. le prof. Pozzi. Chef de clinique : M. le Dr Jayle. Chef de clinique adjoint, M. le Dr Beaussenat. Salles Alph. Guérin, Broca, Huguier et Récamier. La salle Récamier contient 8 lits pour accouchements de vénériennes et 6 berceaux. — Opérations : mardi, jeudi, samedi à 10 heures ; démonstrations d'histologie pathologique (gynécologie) le samedi à 10 heures, par le Dr Latteux ; leçons les lundi, mercredi et vendredi à 10 heures, par M. Pozzi. — Pharmacien : M. François. — Dentiste : M. le Dr Bruneau.

Consultations pour les maladies vénériennes. — Tous les jours à 9 heures ; Dr Brocq, les lundis, mercredis et vendredis ; Dr de Beurmann, les mardis, jeudis et samedis.

Consultations de dermatologie. — Dr Brocq, les lundis, mercredis et vendredis à 8 heures. — Conférences de dermatologie tous les mercredis, à 8 h. 1/2. — Dr de Beurmann, les jeudis et samedis, à 10 heures.

Consultations de gynecologie. — Tous les jours à 9 heures du matin à l'annexe Pascal à l'angle de la rue Pascal et de la rue Corvisart, par MM. les Drs Jayle et Beaussenat.

Bibliothèques des Internes en médecine et en pharmacie. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine et une somme de 300 fr. pour celle des internes en pharmacie. Depuis, il a voté tous les ans une subvention.

Hopital Broussais, 96 rue Didot. — L'hôpital Broussais comprend 270 lits et est pourvu de trois services, dont deux de médecine ayant chacun 103 lits et un de chirurgie de 64 lits (30 pour les hommes et 34 pour les femmes). Parmi les 206 lits de médecine, 80 sont réservés aux maladies chroniques (40 pour les hommes, 40 pour les femmes) et 126 aux maladies aigues. Le service est fait par deux médecins titulaires, assistés chacun d'un interne ; et par un chirurgien, assisté de deux internes. — *Médecins* : M. Gilbert. Salles Lasègue et Parrot (H.), Cazalis et Gubler (F.). — M. Œttinger. Salles Delpech et Hillairet (H.). Archambault et Axenfeld (F.). *Chirurgien* : M. Chaput. Salles Follin (H.) et Broca (F.). La pharmacie de l'hôpital est confiée à l'un des internes en pharmacie, sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Necker. Chaque service de médecine (hommes) comporte 20 lits de maladies chroniques et 34 lits pour maladies aigues ; et, pour les femmes, 20 lits de chroniques et 28 lits pour maladies aigues. — *Dentiste* : M. le Dr Roy.

Consultation de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 8 heures du matin. — *Médecine* : M. le Dr Caussade, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Louis Fournier, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Auvray, chir. des hôp. ; M. le Dr Ombredanne, suppléant.

Hôpital de la Charité, 47 rue Jacob, 650 lits. — *Clinique medicale* : — *Clinique chirurgicale.* Professeur, M. Tillaux. Chef de clinique, M. le Dr Wiart. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredi et vendredi, à 9 h. Visite des malades à 10 h. Salles Velpeau et Trélat (H.). Gosselin (F.).— *Chirurgien* : M. Campenon. Salles J.-L. Petit (F.) et Boyer (H.). Visite des malades à 9 heures. Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophtalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. — *Médecins* : M. Gouraud. Salles Beau (F. et crèche de 14 lits et Vulpian (H.). Visite à 8 heures et demie. — M. Bouchard. Salles Cruveilhier (F.) et Corvisart (H.). Visite des malades à 9 heures. — M. Labadie-Lagrave. Salles Briquet (F.) et Rayer (H.). Visite des malades à 8 h. - M. Oulmont. Salles Frère Côme (F.), et Laënnec (H.). Visite à 9 h. 1/2. — M. Moutard-Martin. Salles Andral (F.) et Louis (H.). Visite à 9 h. — M. H. Martin. Salles Bouillaud (H.) et Piorry (F.). — *Accoucheur* : M. le Dr Maygrier. Service spécial d'accouchements. Tous les matins à 9 h. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrees à l'hôpital. Enseignement clinique les mardi, jeudi et samedi. Consultations pour les femmes enceintes tous les jours. — Pharmacien : M. Guinochet. — Dentiste : M. le Dr Cruet. Consultations externes, les mardis et samedis à 9 heures. *Service d'électrothérapie* : M. le Dr Regnier.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Medecine* : M. le Dr Legry, méd. des hop. ; M. le Dr L. Magdelaine, suppléant. *Chirurgie* : M. le Dr Launay, chir. des hôp. : M. le Dr Barozzi, suppléant.

Bibliothèque des Internes en medecine. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et theses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

Clinique d'accouchements Tarnier, rue d'Assas, 89 : 196 lits (femmes enceintes, 50 ; accouchées, 73 ; berceaux, 73). — *Accouchements* : M. le Pr Budin ; Chef de Clinique, M. Perret ; Chef de clinique adjoint, M. Chéron. — Leçons : mardi et samedi, à 9 heures, à l'issue de la visite. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur ou la Faculté. Actuellement, outre les stagiaires, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle, indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en série pour la pratique des accouchements et dirigés par des moniteurs. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation à 9 heures, pour les femmes atteintes d'affections gynécologiques consécutives à l'état puerpéral. Le vendredi, à 9 heures, consultation pour les nourrissons. On sait quels grands services rendent ces consultations dont la premiere a été créée en 1892, par M. Budin ; on y dirige l'alimentation et l'hygiène des enfants apres leur sortie du service. Dentiste M. le Dr Moiroud ; — 4 aides sages-femmes.

Clinique d'accouchements Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal : 176 lits (dont 14 lits de gynécologie et 71 berceaux).

— M. Pinard, professeur. Chef de clinique, M. Couvelaire ; chef de clinique adjt. M. Delestre. L'ancien pavillon Tarnier fait dorénavant partie de la nouvelle clinique d'accouchements, dite Maison d'accouchements Baudelocque. Ce service qui a son entrée boulevard de Port Royal, 125, est absolument indépendant de la Maternité. — Sage-femme en chef : Mlle Roze : 5 aides sages-femmes. — Pharmacien : M. Lafont, pharmacien de la Maternité. — Dentiste : M. le Dr Bouvet.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques : 475 lits (dont 68 lits de gynécologie et 40 lits de réserve de chirurgie (H.) — *Médecins* ; M. N...., 80 lits. Salles Lasègue (H.) et Trousseau (H.) 60 lits, plus une salle de 20 lits (F.) dans une baraque. Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Chauffard, 125 lits. Salles Chauffard, Woillez et Beau, 78 lits (H.) Salles Briquet et Blache, 47 lits (F.). Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Un laboratoire de bactériologie parfaitement aménagé, et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service. — *Chirurgiens* ; M. le Dr Schwartz, 76 lits. Salles Demarquay et Gosselin, 34 lits (H.) ; chambre d'isolement, 7 lits (H.) Salles Richet et Sédillot, 30 lits (F.) ; chambres d'isolement 5 lits (F.) Visite à 9 h. Leçons cliniques au lit des malades et conférences de pathologie chirurgicale. — M. le Dr Quenu, 91 lits.

Salles Cochin et Boyer, 51 lits (H.) Pavillon Pasteur, 40 lits (F.) Service temporaire de chirurgie (réserve), 46 lits (hommes), salles Viel et Antheaume. Visite à 9 h. Conférences cliniques tous les jours au lit des malades, plus un service de réserve chirurgie (H.) 40 lits.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures.—*Médecine* : M. le Dr Lesage, médecin des hôpitaux, M. le Dr Ramond, suppléant. — *Chirurgie* ; M. le Dr Rieffel, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Gange, suppléant.

Gynécologie chirurgicale : M. le Dr Bouilly, pavillon Velpeau, 60 lits. Deux internes. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu à 8 h. 1/2. Les consultations et admissions pour le service de gynécologie ont lieu les lundi, mercredi et vendredi. — *Traitement des maladies des dents* : M. le Dr Bouvet, dentiste. Consultation, traitement et extraction, le vendredi de chaque semaine, à 9 heures du matin, pour les malades, à la demande de MM. les Chefs de service.

Pharmacien : M. Grimbert. Un laboratoire de chimie est annexé à la pharmacie.

La *Bibliothèque des internes en médecine* a été fondée en 1877. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 fr. et compte aujourd'hui 600 volumes. *La bibliothèque des internes en pharmacie* a été fondée en 1886 après la laïcisation. Elle reçoit annuellement une subvention de 300 fr. et compte déjà plus de 1.000 volumes.

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres : 633 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants est transférée de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital des Enfants-Malades, M. le professeur Parrot a été remplacé par M. le professeur Grancher en février 1885. — M. Grancher (ou le chargé de cours, M. Méry) fait des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 4 heures, à partir du mois de novembre. Consultations spéciales dans le service ; le mercredi, maladies de la peau, par M. le Dr Jacquet, médecin des hôpitaux ; le vendredi, maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par le Dr Cuvillier ; le jeudi, électrothérapie par M. Larat. Ce service est à voir à cause d'essais récents curieux. — Une amélioration importante a été apportée en l'année 1884, dans la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës ; d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hôpital des Enfants a amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de six, y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus. Les deux salles de chroniques Molland G. et Bilgrain F. appartiennent à M. le Dr Brun depuis le 1er janvier 1894, et forment un service de *chirurgie chronique*.— M. le Dr Brun a également une salle de teigneux chirurgicaux pour les deux sexes. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. le Dr Hallé ; chef de clinique adjoint, M. Guillemot. Consultation le lundi. Visite à 9 heures. Salles Bouchut (G. aigus). Parrot (F. aiguës), Husson (Crèche de 8 lits et F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des enfants est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. Variot. Consultations le jeudi (conférences cliniques). Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre et à la salle Gillette (F. aiguës), le mercredi à 10 heures. — M. Comby. Consultation le mardi. Visite à 8 heures 1/2. Cours de thérapeutique clinique le mercredi à 9 heures salle de Chaumont (F. aiguës). — M. le Dr Moizard. Leçons cliniques le mercredi et le samedi au lit des malades. Consultation le vendredi salles Bavin et H. Roger. — M. Richardière. Consultation le mercredi. Visite à 9h. Salle Blache (G. aigus) leçons cliniques, le mardi au lit des malades.

Pavillons d'isolement. — Les deux pavillons (pavillons Trousseau) inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 14 lits (il a été ajouté en 1895 deux annexes comprenant chacune 5 lits d'isolement) et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Ces pavillons sont depuis le 30 mai 1900, affectés au traitement de la scarlatine. Le service de la diphtérie est depuis le 8 février 1900 installé dans un pavillon neuf. Le service est fait par M. le Dr Marfan. Consultation le samedi. Ils sont assez bien aménagés. Les internes y font peu de trachéotomies actuellement et de nombreux tubages. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie (un ancien interne de l'hôpital) guide les internes pendant un mois, comme à Trousseau. — Le service spécial des rubéoliques est dans un pavillon spécial, récemment fondé, ouvert le 8 février 1900, il est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital. — On y avait construit jadis un pavillon (système André) de 24 lits pour le traitement des scarlatineux; mais ce pavillon n'existe plus ; il a été transporté à Aubervilliers. —(Voir plus haut la note concernant la scarlatine.) Installation d'un service de crèche de 16 lits dans les dépendances de l'ancienne communauté, pour les enfants d'un an et au-dessous. Le service de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche et de la crèche est fait à tour de rôle par chacun des médecins de l'établissement et pendant un an, depuis le 1er janvier 1895. Un service de douteux contenant 18 chambres d'isolement, a été ouvert le 1er janvier 1896, chef M. le Dr Moizard.

Chirurgiens. M. le Pr Lannelongue, M. le Dr Villemin, chirurgiens des hôpitaux, assistant. — Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mardis, jeudis, samedis. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi, à 9 h. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Giraldès, Bouvier (F.), salle Baudelocque (F. maladies des yeux), Baffos (G. maladies des yeux). M. Brun, salles Molland (G. chroniques), Bilgrain (F. chroniques). Visite à 9 heures. Consultations de chirurgie les mercredis et vendredis à 10 heures. — Pharmaciens : M. Sonnié-Morett.— Dentiste : M. le Dr Galippe. Consultations externes les lundi et vendredi à 9 heures.

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 1.600 volumes environ. M. le Dr Ollivier ayant légué sa bibliothèque médicale à l'hôpital. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal.

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau : 792 lits. — *Médecin* : M. Hutinel. Salles Archambault et Valleix. Pavillon Pasteur destiné aux enfants de la consultation. Visite tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. du matin. — *Chirurgien* : M. Jalaguier. Salles Giraldès et Bouvier. — *Consultations pour les maladies de l'enfance.* Des consultations gratuites pour les maladies des enfants sont établies à l'hospice des Enfants-Assistés. Ces consultations ont lieu régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin, le lundi, le mercredi et le vendredi, pour la médecine, et le mardi, le jeudi et le samedi, pour la chirurgie et l'orthopédie. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 76. — Un pavillon contenant 16 lits a été annexé à la Consultation. On y reçoit les enfants dont l'état nécessite des opérations qui ne peuvent pas être pratiquées à la consultation. Il existe à l'hospice des pavillons spéciaux d'isolement pour les maladies contagieuses. — Pharmacien : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de la clinique, est chargé de la pharmacie. — Dentiste : M. le Dr Thomas. Consultations pour les maladies de la bouche et des dents le lundi et le vendredi, à 9 heures 1/2.

Annexe de l'Hospice des Enfants-Assistés, à Thiais. — Le service médical est confié à un médecin de Choisy-le-Roi, M. Belloy.

Une autre *annexe* a été installée à Châtillon-sous-Bagneux (Seine). Cet établissement est destiné à recevoir les enfants athrepsiques et syphilitiques, qui ne peuvent pas être envoyés à la campagne. — Médecin : M. le Dr Barbillion.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée il y a quelques années, possède actuellement environ 200 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.* Une somme de 200 fr. est allouée chaque année par l'Administration de l'Assistance publique pour l'entretien de cette bibliothèque. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs.

Hôpital Hérold, place du Danube : 22[illegible] lits. — Médecins : MM. Barbier. Salles Gubler. Trousseau. Bazin, Pasteur. M. Jeanselme. Salles Guéneau de Mussy. Hardy, Bouillaud. Potain. Moutard-Martin. Chirurgien. M. Albarran. Salles Ollier, Richet. M. Trélat. de Broca. Consultation de médecine et de chirurgie (maladies infantiles). Tous les jours à 9 heures. Dentiste : M. Moiroud (consultations les lundis et vendredis à 9 heures). Pharmacien : M. Cousin.

Hôtel-Dieu. Parvis Notre-Dame : 563 lits. — *Medecins* : M. le Prof. Dieulafoy. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). Visite à 9 h. 1/2. — M. Brissaud. Visite à 9 heures, salles Saint-Charles (H.) et Ste-Madeleine (F.). — M. N... Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Augustin (H.), et Ste-Monique (F.). — M. Cornil. Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Denis (H.) et Ste-Martine (F.). — M. Muselier. Visite à 9 h. Salles St-Louis (H.) et Ste-Marie (F.). — M. Faisans. Visite à 9 heures. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.). — *Chirurgiens* : M. Duplay Salles St-Jean (F.) (gynécologie). Saint-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. Lucas-Championnière. Visite à 8 h. 1/2. Salles Ste-Marthe (F.) et Saint-Côme (H.). — M. Panas. professeur de clinique. Visite à 9 h. Salles St-Julien (H.) et Ste-Agnès (F.). (Maladies des yeux). Consultations tous les jours.

Consultations de medecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 h. *Médecine* : M. le Dr J. Renault, médecin des hôpitaux : M le Dr N... suppléant. *Chirurgie* : M. le Dr Marion, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Robineau, suppléant. Consultations spéciales : Maladies nerveuses : mercredi à 9 h. Dr Broussaud : maladies du cœur, jeudi 10 h. Dr Muselier.

Cliniques de la Faculté : MM. Dieulafoy, de Lapersonne et Duplay. prof. — M. Dieulafoy, le mercredi à 9 h. 1/2 et le samedi à 10 heures ; Chef de clinique, M. Gaudy ; chef de clinique adjoint, M. Grifon. Chefs des laboratoires : MM. Gaudy et Jolly. — M. Duplay ; les mardis et vendredis. Consultations pour les maladies du nez et des oreilles. Chef de clinique chirurgicale, M. Fredet : chef adjoint, M. Menier. Chefs des laboratoires, MM. Cazin et Hallion. Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui sont annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M. de Lapersonne ; Chef de clinique ophtalmologique, M. Druault : chef de clinique adjoint, M. Scrini. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophtalmoscope. Leçons cliniques les lundi et vendredi. Examen ophtalmoscopique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction. — M. Mouthu, chef du laboratoire. — Pharmacien : M. Villejean. — Dentiste : M. le Dr Pietkiewicz. M. le Dr Gourc, assistant. Consultations les lundi et vendredi, à 9 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis plusieurs années, est très belle et compte aujourd'hui plus de 3.000 volumes et de 6.000 thèses ; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; elle reçoit 500 fr. chaque année depuis 1878.

Hôtel-Dieu (*annexe*). — 1° *Service temporaire de médecine.* 158 lits. M. Mosny (M. H.), salle Saint-Antoine (H.) et salle Saint-Pierre (H.) ; M. Lion (M. H.), salle Saint-Bernard (H.) et salle Saint-Raphael (H.). Chacun des services est confié à un des médecins des hôpitaux, non encore pourvu de service.

2° *Maternité.* — Accoucheur : M. le Dr Champetier de Ribes. 53 lits et 53 berceaux. Salle de travail et isolement. Salle Baudelocque. Salle Mauriceau. Consultation tous les jours.

Hôpital Laennec. 42. rue de Sevres. Nombre de lits : 633, dont 20 pour les enfants, creche. — *Medecins* : M. Landouzy. Prof. de clinique. Salles Grisolle (H.). Broca (F.), Rostan (H.), Chomel (F.), et Guersant (creche). — M. Merklen. Salles Larochefoucauld (H), Claude-Bernard (F.), Behier (H.), Becquerel (H) et Piorry (F.). — M. Barie. Salles Damaschino (H.). Monneret (F.). Trousseau (H.) et Louis (F.). — M. Hirtz. Salles Cruveilhier (H.), Legroux (F.), Beau (H.) et Quesnay (F.)— *Chirurgien* : M. P. Reclus. Salle Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Alexis Boyer (H. et F.) (pavillon Récamier) (grandes opérations). — Pharmacien : M. Bourquelot. — Dentiste : M. le Dr Sauvez. Consultation le mardi.

Consultations de medecine et de chirurgie. — Tous les jours a 9 heures. — *Medecine* : M. le Dr Dupré médecin des hopitaux ; M. le Dr Rabé, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Bougié chirurgien des hopitaux ; M. le Dr Courtillier, suppléant.

Des conférences ont lieu chaque matin a l'hôpital Laennec, soit au lit du malade, soit dans le nouvel Amphithéâtre agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. — M. Landouzy, prof. de clinique (1). — M. Merklen. Tous les matins visite et conférence de *séméiologie* à 9 h. 1/2 dans le service. Leçon clinique à l'Amphithéâtre le mercredi à 10 heures. Conference de *bactériologie* le lundi à 10 h. 1/2, par M. Rabé, chef du laboratoire. — M. Barié. Tous les matins à 9 heures, examen des malades. Le mercredi à 10 heures, conférence de *clinique et de thérapeutique* à l'Amphithéâtre. — M. Hirtz. Tous les matins leçon clinique au lit du malade, le vendredi à 10 heures, conférence de *thérapeutique* à l'Amphithéâtre. — M. Reclus. Tous les matins à 9 heures examen des malades, leçon clinique et opérations. Le samedi à 10 heures, conférence de *therapeutique chirurgicale* à l'Amphithéâtre.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (2). Le laboratoire appartient à M. le Dr Landouzy, depuis le décès de M. Damaschino et est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve, indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc. L'établissement possède en outre une étuve de désinfection à vapeur sous pression.

Hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré : 920 lits, dont 856 pour adultes, 64 pour enfants au berceau, y compris 6 lits pour malades à isoler dans le service d'accouchements, 6 lits de femmes enceintes et 144 lits de tuberculeux des deux sexes. — *Medecins* : M. Duguet. Consultation pour les goitres le mercredi. Salles Bernutz (F.), Grisolle (H. T.) et Baraq. (H. A.). Visite à 9 h. — Traitement des *goitres*, le mercredi à 10 heures. — M. Brault. Salles Aran (F.), Rabelais (H.-T.). et Barth (H.-A.). Visite à 9 heures. — M. Landrieux. Consultations de gynécologie le jeudi. Salles Trousseau (F.), J. Bouley (H. A), et Langle A. (F. T.). Visite à 9 h. Consultation de gynécologie et spéculum le jeudi. — M. Dreyfus-Brisac. Salles Vincent de Paul (crèche), Maurice Raynaud (F. A.), Lasègue (H. A) et Langle B. F. T.). Visite à 9 heures — M. Tapret. Salles Louis (F. T.), Bazin (H. A.) et Husson (F. A.). Visite à 9 h. — M. Gouguenheim. Assistant ; M. le Dr Lombard. Salles Davaine (F.) Woillez, (H.) Visite à 8 h. 1/2. — Les consultations pour les maladies du *larynx* et du *nez* et les examens laryngoscopiques ont lieu tous les jours de 9 h. à 11 h. Les consultations pour les maladies des oreilles ont lieu les lundi, mercredi et vendredi aux mêmes heures. Leçons cliniques par M. Gouguenheim. — *Chirurgiens* : M. Peyrot, assistant M. le Dr Souligoux, chir. des hôp. Salles Denonvilliers (F.), Nélaton (H.), Voillemier (H.), Baraquement (F.). Visite à 9 h. — M. Reynier. Salle Gosselin (F.). Ambroise Paré (H.). Visite à 8 h. 1/2. — M. Michaux, Salles Elisa Roy (F.), et Chassaignac (H.). Examen des malades, les lundi et jeudi ; opérations les mardi et vendredi. — M. Delens. Assistant, M. Chaillous. Service des maladies des yeux. Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 heures. Salle Demours (F.) et David (H.). Visite à 9 heures. Service Civiale (voies urinaires) M. le Dr Hartmann, assistant M. G. Luys. Consultation tous les jours à 9 heures. — *Service d'accouchements* : M. Bonnaire. Salles La Chapelle et Mauriceau (F.) (entrée par le 43 du boul. de la Chapelle). Chambres d'isolement salle Perreau). Visite tous les matins, à 9 h. 1/2. Consultations tous les jours. Les élèves autorisés par le chef de service et *munis de cartes*, délivrées par l'Administration, sont organisés par series pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hopital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille deux cents femmes par an se présentent pour accoucher et sont réparties entre les salles d'accouchements et les sages-femmes agréées de la ville. Conférences theoriques et cliniques avec exercices sur le mannequin. — Pharmacien : M. Patein. — Dentiste : M. le Dr Rodier. Consultations externes les lundi et vendredi à 10 heures. — Service annexe d'électrothérapie : M. le Dr Hischmann.

Consultations de Médecine et de Chirurgie, tous les jours, à 9 heures. — *Medecine* : M. le Dr Triboulet, médecin des hôpitaux ; M. le Dr G. E. Papillon, suppleant. — *Chirurgie* : M. le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Raphael Bois, suppléant.

(1) Nous publierons l'affiche de ce cours ultérieurement.

(2) Nous pensons toujours que l'Administration ferait bien de réunir tous ces musees particuliers, qui constituent des foyers peu hygieniques, dans le musée spécial qui a été construit, sur notre rapport, apres un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts. (B.)

Bibliothèque des internes en médecine. — Installée définitivement dans une salle spéciale, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. à partir de 1878. Elle compte environ 2.500 volumes.

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu de 1886-1899 une subvention de 300 francs pour la fondation et l'entretien d'une bibliothèque à leur usage personnel. La bibliothèque est installée dans une salle spéciale.

Ecole municipale d'Infirmières (même organisation qu'à la Pitié). — *Cours d'Administration* : M. FAURE, directeur de Lariboisière. — *Anatomie* : M. le Dr DAURIAC, ex-interne des hôpitaux. — *Physiologie* : Mme le Dr PILLIET-EDWARDS, ex-interne provisoire des hôpitaux. — *Pansements* : M. le Dr ISCH-WALL, ex-interne des hôpitaux. — *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés* : M. le Dr L. TISSIER, accoucheur des hôpitaux. *Hygiène* : M. le Dr CORNET ex-interne en pharmacie des hôpitaux. — *Petite pharmacie* : Mlle L. NAPIAS, lauréate de l'Ecole de pharmacie.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ, rue du Faubourg-Saint-Denis, nº 200. 340 lits. — *Médecins* : MM. WIDAL et VAQUEZ. — *Chirurgiens* : MM. GUINARD et POTHERAT. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. Salles d'opérations nouvellement installées. Les internes possèdent une *Bibliothèque médicale* contenant plus de 600 volumes dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1886, elle s'est enrichie du Dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. La Maison municipale de santé possède deux laboratoires, un pour chaque service de médecine. — La pharmacie est confiée à M. GASSELIN, pharmacien.

MAISON-ECOLE D'ACCOUCHEMENTS, 119, boulevard de Port-Royal, 268 lits et 82 berceaux. *Médecin* : M. CHARRIN. — *Accoucheur en chef et professeur* : M. le Dr PORAK. — *Professeur adjoint* : M. le Dr POTOCKI, accoucheur des hôpitaux. Consultations les lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures du matin. — Pharmacien : M. LAFONT. — Dentiste : M. le Dr BOUVET. Sage-femme en chef, Mlle HÉNAULT; 6 aides sages-femmes. Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a trois internes : un est attaché au service de médecine, les deux autres au service d'accouchement ; un externe est attaché au service du médecin, en raison de la consultation externe que fait, les mardi et samedi, M. Charrin pour les maladies de la grossesse. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse ; cette réception est faite chaque jour, à 2 heures, par la sage-femme, sous le contrôle de l'accoucheur en chef. Une salle contenant 30 lits est destinée aux femmes enceintes valides. Si ces femmes sont atteintes d'une affection médicale ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (méd.) de 23 lits, l'autre de 12 lits. Le service d'accouchement se compose de deux salles, de 32 lits chacune pour les femmes qui ont des suites de couches simples, d'une salle de 12 lits pour les femmes suspectes ou dont l'accouchement a été laborieux, etc., et enfin d'une autre salle de 12 lits où les femmes malades peuvent être isolées. Il y a donc, au total, 88 lits pour les femmes accouchées et 42 lits pour les femmes enceintes. Sept nourrices sont attachées au service d'accouchement ; trois au service de médecine.

Un nouveau service a été ouvert récemment pour les enfants nés prématurément ou débiles ; il comporte environ 40 places (couveuses ou berceaux), 14 nourrices y sont attachées. On reçoit les enfants amenés du dehors à toute heure. Ce service est placé sous la direction de M. Porak, accoucheur en chef de la Maternité.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves. Il y a six aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours. Toutes les élèves sont internes : elles peuvent sortir une fois par mois, accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayants droit. Le prix de la pension est fixé, par an, à 1,000 fr. La durée des études est de deux années.

Outre le cours d'accouchement fait par l'accoucheur en chef et l'accoucheur-adjoint, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par le médecin de la Maternité ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par les internes du service d'accouchement, sur les antiseptiques et les éléments de physique et de chimie faites par le pharmacien. Le cours d'anatomie est complété par des démonstrations sur le cadavre faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

L'accoucheur en chef a la direction générale et la responsabilité de tous les services obstétricaux ; il a, comme professeur en chef, la direction de l'enseignement théorique et pratique.

Des *laboratoires* (histologie, microbiologie, préparation du lait) ont été organisés.

Une *consultation pour les nourrissons* a lieu tous les samedis ; elle est destinée à surveiller l'allaitement et l'hygiène d'enfants nés à la Maternité.

Une consultation pour les maladies de la grossesse a lieu les mardi et samedi.

HÔPITAL NECKER, 151, rue de Sèvres : 479 lits. — *Médecins* : M. CUFFER. Consultations pour les maladies du système nerveux le jeudi à 10 h. : Salle Vernois (H.) et pavillon Peter (16 lits de femmes et 16 lits de crèches). Spéculum le samedi. Conférences cliniques tous les matins à 9 h. ; — le mercredi à 9 h. 1/2, conférences cliniques au lit du malade. — M. HUCHARD. Consultations pour les maladies du cœur, le vendredi : Salles Chauffard (H.), Delpech (F.). — M. BARTH : Salles Bouley (H.), Lasègue (F.), Consultation pour les maladies des organes respiratoires le mercredi à 9 h. 1/2. Les jeudis, leçons cliniques, salle Bouley, à 10 h., à partir du 15 novembre. — M. RENDU. Consultations pour les maladies des voies digestives, le lundi à 9 heures : Salles Trousseau (H.), Monneret (F.). Visite tous les matins à 9 h. Leçons de clinique, le jeudi à 10 heures, à l'Amphithéâtre. Spéculum le mercredi. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le Pr LE DENTU : Chef de clinique, M. le Dr Paul DELBET. Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). Consultation pour les maladies des femmes les lundi, et vendredi à 9 heures. — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. PETTIT ; Préparateur, M. THÉLOHAN. — *Clinique des voies urinaires* : M. le Pr GUYON. Chef de clinique : M. N... ; chef de clinique adjoint : M. PASTEAU. Salles Velpeau et Richet (H.) et Lauger (F.). Consultations et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement externe se font à la salle de la Terrasse. Leçons cliniques et opérations, le mercredi à 9 h. ; policlinique le samedi à 9 heures. Chef de laboratoire d'anatomie pathologique M. HALLÉ : chef du laboratoire de chimie, M. CHABRIÉ. Musée de la Terrasse (voies urinaires) visible tous les jours. — *Chirurgie générale* : M. ROUTIER. Salle Le Fort (H.), salle Foucher (F.), pavillon Nélaton (H. et F.) (isolement). Consultations de gynécologie les mercredis et samedis. Les consultations ont lieu au pavillon Nélaton. — Médecin Dentiste : M. le Dr BROCHARD. Consultations externes lundi et vendredi, à 9 heures. — Pharmacien : M. LEIDIÉ.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours non fériés, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr AVIRAGNET, médecin des hôpitaux ; M. le Dr LESNÉ, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr P. RICHE, chirurgien des Hôpitaux ; M. le Dr H. BRODIER, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker, et de M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes. Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879 : 1º de la collection de *Bulletins de la Société anatomique* : 2º en 1881, des *Archives de physiologie* ; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de Médecine* et de la *Société de Chirurgie* ; en 1886, du *Dict. Dech.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée, depuis 1883, grâce à des subventions successives accordées chaque année par le Conseil municipal.

HÔPITAL DE LA PITIÉ, 1, rue Lacépède 715 lits. — *Médecins* : M. N...... La chaire de clinique interne est transférée à Laennec.) Salles Jenner (H.) et Laennec (F.)—M. André PETIT. Salle Trousseau (F.) et Rayer (H.) Visite à 8 h. 1/2. — M. BABINSKI. Consultations pour les maladies nerveuses, le mercredi à 10 heures. Salles Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 h. — M. THIBIERGE. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. Consultation pour les maladies de la peau, les mercredi et samedi à 9 h. 1/2. — M. GIRAUDEAU. Salles Monneret (H.) et Cruveilhier (F.). Visite à 9 heures. — M. Alb. ROBIN. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations pour les maladies de la nutrition le samedi à 9 heures. — *Chirurgiens* : M. TERRIER, professeur de clinique chirurgicale. Chef de clinique, M. GOSSET ; chef de clinique adjoint, M. REYMOMD. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques lundi, mercredi, vendredi. — M. WALTHER. Salles Gerdy (F). et Broca (H.). Visite à 9 heures. — *Accoucheur* : M. LEPAGE. Visites tous les matins à 8 h. 1/2 et consultations d'accouchements. — Pharmacien : M. CHASTAING. — Dentiste : M. le Dr FERRIER. Consultations externes les mardi et vendredi à 9 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours à 9 h. — *Médecine* : M. le Dr GOUGET médecin des hôpitaux ; M. le Dr

Phulpin, suppléant. — *Chirurgie* ; M. le Dr Thiéry, chirurgien des hôpitaux. M. le Dr Herbet, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. Une bibliothèque médicale a été fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal. 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 : 400 fr. en 1880, 1881, 1882 et 1883 ; 500 fr. de 1884 à 1900. Elle se compose d'environ 1.500 volumes. On devra sous peu la transporter ailleurs, car le local dont on dispose est beaucoup trop restreint.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. — Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours ; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures (mardi, jeudi et samedi). *Cours théoriques* : *Administration*, M. Joly, directeur de l'hôpital ; — *Anatomie*, M. le Dr Dauriac ; *Physiologie*, M. Poulard, interne des hopitaux *Pansements*, M. le Dr Petit-Vendol ; — *Hygiène*, M. le Dr Régnier ; — *Soins aux femmes en couches*, M. le Dr L. Dubrisay anc. interne des hôpitaux. — *Petite pharmacie*, M. Viron.

Hôpital Ricord, anciennement du *Midi*, 111, boul. de Port-Royal : 317 lits, savoir. 192 de médecine, dont 150 pour les syphilitiques et 34 lits pour la dermatologie ; et 104 lits de chirurgie : chambres particulières 21 lits. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, de 8 h. à 10 h. — *Chirurgien* : M. Humbert. 1re division. Salles I, II, III, IV. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. Queyrat, 2e division. Salle VII (peau), salle VIII (syphilis), salle VI (service provisoire de médecine générale). Consultations les mercredi et samedi de 8 h. à 10 h. — M. Alex. Renault 3e division. Salles IX,XI et XII (syphilitiques). Salle X (dermatologie), consultations les mardi et vendredi. Conférences le jeudi à 6 heures. — Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées *avec soin*, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité *avec soin*. — L'installation de la belle bibliothèque Ricord est terminée, le nombre de volumes légués s'élève à 2.500 environ. C'est une des plus importantes bibliothèques des salles de garde des hôpitaux ; elle est d'ailleurs très bien entretenue. On y trouve une collection de vieux instruments. — Dentiste : M. le Dr Bruneau.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint Antoine : 900 lits : 578 pour la médecine, 69 lits d'accouchements, 149 pour la chirurgie, 84 berceaux et 20 lits de crèche. — *Chirurgie*. M. Monod. Assistant : M. le Dr Arrou, chirurgien des hôpitaux. Salles Blandin et Broca (H.), 44 lits ; salle Cruveilhier (F.), 22 lits. — Service de M. Blum : Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 46 lits ; salle Lisfranc (F.), 25 lits. Pavillon pour les grandes opérations ; 3 lits (H.), trois lits (F.), placé sous la direction de deux chirurgiens ; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Maternité*. M. Bar, accoucheur ; M. Tissier, accoucheur des hôpitaux, assistant. Consultation le matin, à 9 heures. — *Médecine*. M. Hayem, professeur de clinique médicale. Chef de clinique, M. Hulot. Chef de clinique adjoint, M. Rosenthal. Salle Béhier (H.), 20 lits, Salle Bazin (H.) 20 lits, salle Vulpian (Crèche) 20 lits et 20 berceaux. Chambres isolées 7 lits. — M. Siredey. Salles Bichat (H.), Chomel (F.). Consultations pour les maladies des femmes (gynécologie médicale), le mardi et le vendredi à 9 h. — M. G. Ballet. Consultations pour les maladies du système nerveux, le mardi à 10 heures. Salles Aran et Broussais (H.). 49 lits ; salle Rostan (F.), 24 lits. — M. Gilles de la Tourette. Consultations pour les maladies du système nerveux, le mercredi et le vendredi à 9 h. 1/2. Salle Axenfeld (H.), Salles Andral (H.) et Barth (F.). — M. Lermoyez. Assistant : M. le Dr Laurens. Consultations pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, les mardi, jeudi, samedi et dimanche. Salle Itard (H.), 16 lits ; salle Isambert (F.), 14 lits. — M. Galliard, salle Louis (H.) ; Salle Nélaton (F.). — M. Béclère. Salles Magendie (H.) et Grisolle (F.). — M. Gaucher. Consultations pour les maladies de la peau, les lundi, mercredi à 9 h. 1/2. Salles Damaschino et Lorain (H.). Littré (F.). — M. Thoinot. Salles Marjolin (H.), Roux-Corvisart (F.).

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Macaigne, médecin des hôpitaux. M. le Dr Vermorel suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Guillemain, chirurgien des hopitaux : M. le Dr R. Picou, suppléant.

Le *Pavillon des Internes*, construit en 1883 (1), est un modèle du genre. Il y est adjoint une *Bibliothèque* pour les internes, qui est déjà importante.

Pharmacien : M. Lextreit. — Dentiste : M. le Dr Gaillard ; assistant : M. le Dr Pitsch. Consultations externes mardi et vendredi à 10 heures.

(1) Voir Bourneville : *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine* (22 mai 1882).

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, no 40 ; salle de consultations même rue, no 38 : 1.300 lits dont 925 consacrés aux affections cutanées, 55 lits et 55 berceaux aux accouchements et 271 aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. — La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital ; mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée. Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hopital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir chaque matin, entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. Tenneson. Consultation externe le mardi. Mardi opérations, dermatologie ; mercredi, teignes et affections du cuir chevelu : salles Alibert (F.) et Devergie (H.), 9 heures. M. le Dr Tenneson a, en outre, la direction de l'Ecole Lailler (enfants teigneux). Il est assisté, dans ce dernier service, d'un chef de laboratoire, M. le Dr Sabouraud. — M. le Pr Fournier, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. Milian. Tous les jours de 8 à 10 heures du matin ; salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. *Ordre du cours* : Les mardis, leçon au lit des malades (à 9 heures) ; les vendredis, leçon à l'Amphithéâtre (10 h.). — M. Hallopeau. Consultation externe le lundi ; examen des nouveaux malades le mardi, visite générale et policlinique, Clinique, le dimanche pendant l'hiver ; salle Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. Du Castel. Consultation externe le mercredi ; jeudi, examen des nouveaux malades (laboratoire Cazenave). Salles Gibert (F.) et Cazenave (H.) et Pavillon Gabrielle (Hommes). — M. Danlos. Consultation externe le vendredi. Salles Bichat (H.) et Biett (F.) et Pavillon Emery (F.). — M. Balzer. Consultation le jeudi. Salles Hillairet (H.) et Lorry (F.).

Une seconde consultation de médecine est faite chaque jour l'après-midi à 1 heure par les chefs du service ; des docteurs leur sont adjoints matin et soir ; MM. les Drs Gastou et Baudouin (G.) sont assistants de consultation titulaires : MM. les Drs Emery et Marcel Sée sont assistants de consultation suppléants.

Consultations de l'après-midi : lundi, M. Fournier ; mardi, M. Danlos ; mercredi, M. Tenneson : jeudi, M. Hallopeau ; vendredi, M. Balzer : samedi, M. du Castel.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées : mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. Auvard, contient 55 lits constamment occupés, dont 8 lits d'isolement. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour ; 1.000 environ par an : 4.539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 33.500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2.200 en moyenne sont traités dans les salles. Les chirurgiens, chefs de service, sont : M. le Dr Ricard, salles Cloquet (H.), Gosselin (F.) pavillon d'opérations Cruveilhier. — M. le Dr Richelot, (assistant : M. le Dr Morestin chirurgien des hôpitaux), salles isolement (H.) et isolement (F.), consultation de gynécologie le dimanche à 9 h. — M. le Dr Nélaton, salles Nélaton (H.), Denonvilliers (F.) et pavillon d'opérations Jamain.

Accoucheur : M. Auvard, pavillon Dubois. Visite tous les jours à 9 heures. Consultation les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. Les élèves qui désirent suivre la visite ou la consultation doivent se faire inscrire dans le service.

Pharmacien : M. Portes. — Dentiste : M. Combe ; assistant : M. le Dr Chompret. Consultations externes les mardi et samedi à 9 heures.

Une *consultation de chirurgie*, faite par M. le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux, a lieu tous les matins, à 9 heures. M. le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux a, comme suppléant, M. le Dr Paul Batigne.

Maladies du cuir chevelu. — Laboratoire municipal de l'hôpital saint-louis. Dr Sabouraud. — Durant toute l'année scolaire : cours technique d'examen des « teignes » les lundis 9 h. 1/2. Leçon clinique sur les maladies du cuir chevelu le jeudi 9 h. 1/2. (*Ecole Lailler*).

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours, de 8 h,

à midi, sans formalité, contient aujourd'hui 1.833 moulages reproduisant les principes cutanés et parasitaires, 300 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis plusieurs années au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 500 moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces (legs).

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale, fondée en 1888, par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et subventionnée par le Conseil municipal, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque contient, outre les publications de dermatologie, les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle est ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. du matin à midi et de 1 h. à 5 h. Cette Bibliothèque s'est enrichie en 1893 des collections laissées par MM. Hardy, Vidal et Lailler, et en 1897 des collections données par la veuve du Dr Feulard. — Le conservateur du Musée et de la Bibliothèque est M. le Dr L. Wickham. Une autre *Bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1886, par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine et de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1.500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

Hospice de la Salpêtrière.(*Femmes*), 47, boulevard de l'Hôpital : 3.042 lits pour les *vieillards* et 724 pour les *aliénées*. — *Médecins* : MM. Raymond et Déjerine.—*Chirurgien* : M. le Dr Paul Segond.Visite et examen des malades à 9 h.Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes* : MM. J. Voisin, Charpentier et Deny. — *Médecin adjoint* : M. Roubinovitch. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Raymond, professeur, les mardi et vendredi à 10 heures ; chef de clinique, M. J. A. Sicard ; chef de clinique adjoint: M. A. Riche ; directeur des laboratoires : MM. P. Richer (honoraire) et Huet (titulaire) ; chef du laboratoire d'anatomie pathologique, M. Philippe : service ophtalmologique : M. M.Dupuy-Dutemps et Kœnig. Otologie. M. Gellé. Laryngologie, M. Cartaz. Psychologie clinique. M.Janet.Travaux chimiques, M. Yvon, et travaux photographiques, MM. Londe et Infroy. Moulages, M. Hurel. *Service d'Electrothérapie de la Clinique des maladies nerveuses* : M. le Dr Huet. Conférences par M. le Dr Déjerine, sur les maladies du système nerveux, tous les jeudis à 5 h. du soir, salle de la consultation. M. Jules Voisin fait des conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, tous les jeudis à 10 h., de décembre à mai. — Pharmacien : M. Viron. — Dentiste : M. le Dr Rousseau.

Consultation de Chirurgie. — Le lundi, à 11 h., le dimanche et le jeudi à 9 h. du matin. M. le Dr Mayet, assistant. M. le Dr Lenoir, suppléant.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière, au mois de mai 1881. Le nombre des malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante.*Médecine* : Consultation externe. M. Raymond, le mardi, à 8 h. et demie ; — M. Déjerine le mercredi, à 9 heures ; M. Charpentier, le dimanche et le lundi, à 9 heures ; — M. Deny. le vendredi, à 10 heures ; — M. J. Voisin, le samedi, à 10 heures. — La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 33 lits pour les malades externes, hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Laboratoire de radiographie : chef, M. Infroy.

Institut municipal d'Electrothérapie.— M. R. Vigouroux. Les mardi, jeudi, samedi, de midi à trois heures. Consultation le jeudi.

Bibliothèques. Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque médicale* fondée et entretenue en partie par les *internes en médecine.* Elle se compose actuellement de plus de 3,000 volumes. Elle a reçu, en 1867, une subvention de 2.000 fr. du Conseil municipal. de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 de 1886 à 1900. — Les Internes en pharmacie ont fondé, en 1884, une *bibliothèque* comptant actuellement 600 volumes, qu'ils entretiennent à l'aide d'une subvention du Conseil municipal. Il est adjoint à la bibliothèque une fort belle collection de matière médicale. don de Vercamer. L'Association des Internes en pharmacie entretient une collection de minéralogie de 200 échantillons. Ces collections sont destinées aux conférences pour la préparation au concours de l'Internat en pharmacie. L'Assistance publique les a dotés, en 1877, du premier laboratoire collectif de chimie et de micrographie, dans lequel il se fait de nombreuses analyses biologiques. Ce résultat justifie la généralisation de cette création dans les autres hôpitaux de Paris.

Ecole municipale d'Infirmières. — Même organisation qu'à Bicêtre. Cours théoriques : *Administration*, M. Montreuil, directeur de l'hospice : — *Anatomie*, M. Schwartz, ancien interne des hôpitaux ; — *Physiologie*, M. le Dr J.-B. Charcot. — *Pansements*. Mme le Dr Pilliet-Edwards ; —*Hygiène*, M. le Dr Paul-Boncour : *Petite pharmacie*, M. Viron ; — *Soins à donner aux femmes en couches*, M. le Dr H. de Rothschild (1).

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 819 lits. — *Médecins* : M. H. Bourcy. Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), Béhier, Cl. Bernard (F.) et Valleix (F.) — M. Le Gendre. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H.), Bouilaud (F.)— M. Achard.Visite à 9 heures. Salles Bichat (H.), Magendie (F.), Laënnec (F.)— M. Ménétrier. Visite à 8 h. 1/2. Salles Axenfeld (H.), et Colin (F.).—M. Launois. Visite à 9 h. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.).— M. Duflocq. Visite à 9 h. Salles Gérando (H.), Rayer (F.). — M. Dalché. Visite à 9 h. Salles Parrot. Lorain(H.). Salle M. Raynaud. —M Morel-Lavallée. Visite à 9 h. Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier (F.) — *Chirurgiens* : M. Poirier. Visite à 9 heures. Salles Velpeau, Nélaton, Lisfranc (H.) et Richard Wallace (F.). Opérations tous les jours. — M. Lejars. Visite à 9 heures. Salles Dupuytren, Seymour (H.) Delessert (F.) et Montyon (H.) — Opérations tous les jours. — *Chirurgie infantile* : M A. Broca. Visite à 9 h. Salles Dolbeau (G.) A. Paré (F.), Tenon, deux sexes,2 à 4 ans, et Boyer (Creche). Opérations et consultations tous les jours. —*Accoucheur* : M. Boissard.Visite à 9 h. Consultations pour les femmes enceintes, tous les jours. — Pharmacien : M. Meillère. — Dentiste : M. le Dr Richer (Paul), consultations externes les mardis et jeudis à 9 h.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Lamy (M. H.) ; M. Léonce Bodin, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Savariaud, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Longuet, suppléant.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3.000 fr. en raison de la distance à laquelle est situé cet établissement. Les internes sont logés et touchent indépendamment de leur indemnité réglementaire une indemnité mensuelle de 25 fr. à titre de frais de déplacement.

Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1877). il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2.000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque qui contient 4.000 volumes. Les *externes* touchent 50 francs par mois au lieu de 30, comme dans les autres hôpitaux excentriques.

Hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot.— *Médecins* : M.le Dr Netter.Consultations les lundi, mercredi,vendredi à 9 h. Salle Bergeron (garçons) ; salle Cadet de Gassicourt (filles).— M. le Dr Louis Guinon. Consultations les mardi. jeudi, samedi à 9 h. Salle Roger (garçons). Salle Archambault (filles). *Chirurgien* : M. le Prof. Kirmisson, professeur de clinique chirurgicale des maladies de l'enfance ; chef de clinique M. Jouon, chef de clinique adjoint M. Grisel. Consultations tous les jours à 9 heures. Salles Giraldès et Bouvier (garçons). Guersant et Marjolin (filles).

Les pavillons de contagieux (diphtérie, scarlatine, rougeole et coqueluche) et de douteux sont répartis par roulement entre les deux médecins.

Pharmacien : M. Béhal. — *Dentiste* : M. le Dr Jarre. Consultations externes, les mardis et vendredis, à 10 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplètes. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500 f. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884. 1885, 1888. 1889, 1890, 1891, 1892, 1893. 1894 et 1895, elle possède aujourd'hui plus de 800 volumes. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie ont été créés.

Hôpital de la Porte d'Aubervilliers. (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). —304 lits.— Médecin : M. Roger.

Bastion 29 (Porte de Flandre). (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). — 122 lits.— Médecin : M. le Dr Chantemesse.

Hospice d'Ivry, a Ivry-sur-Seine. — Médecin : M. Gombault (Albert). — Chirurgien : M. E. Rochard. — Dentiste : M. le Dr Roy. — Pharmacien. M. Richaud.

Un service de consultation externe est organisé depuis quelques années à l'hospice d'Ivry. Les consultations de médecine ont lieu

(1) La direction de l'enseignement, dans les quatre écoles, est confiée. depuis leur création, en 1878, à M. Bourneville.

les mardi, mercredi, vendredi : celles de chirurgie, les lundi et jeudi.

Maison de retraite des Ménages, 25, rue J.-J. Rousseau à Issy-Les-Moulineaux. — *Medecin* : M. Wurtz. — Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien des Enfants-Malades.

Maison de retraite de La Rochefoucauld, 15, avenue d'Orléans. — *Médecin* : M. Darier. — Consultations de dermatologie les lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 du matin. — Pharmacien : Un interne sous la surveillance du pharmacien de l'hopital Cochin.

Institution Sainte-Périne, 11, rue du Point-du Jour, Paris-Auteuil. — *Médecin* : M. Toupet. — Un interne est logé dans l'établissement. Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Bichat.

Fondation Alquier-Debrousse, 148, rue de Bagnolet. — *Médecin* : M. Klippel. — 200 lits pour vieillards des deux sexes. Un interne est logé dans l'établissement.

Fondation Chardon-Lagache, 1, rue du Point-du-Jour, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — Un interne y est logé.

Fondation Rossini, 5, rue Mirabeau, Paris-Auteuil. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — C'est l'interne de Sainte-Périne qui est chargé aussi de cette Maison.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer. — *Chirurgien* : M. Ménard. — Trois internes en médecine résident à l'hopital. — Le service pharmaceutique est assuré par un interne en pharmacie.

Hospice Saint-Michel (fondations Boulard et Lenoir Jousseran), à Saint-Mandé. — Le service de médecine est fait par un médecin de Saint-Mandé, M. Diverneresse.

Hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin), à Garches (Seine-et-Oise). — *Médecin résidant* : M. Gille. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance de M. Bourquelot, pharmacien à l'hôpital Laennec.

Hôpital de Forges-les-Bains. — *Médecin* : M. Doumenge.

Fondation Galignani, boulevard Bineau, 53 et 55 à Neuilly-sur-Seine. — *Médecin* : M. Cayla ; *Médecin adjoint* : M. Catuffe. — Pharmacien : M. Chenevièvre.

Hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). — *Medecin* : M. Touche, résidant à Brévannes. — Trois internes en médecine, nommés à la suite d'un concours spécial, résident à l'Hospice. — Un interne en pharmacie.

Maison de convalescence de La Roche-Guyon (pour les enfants). — Le service médical est assuré par un médecin de La Roche-Guyon, M. Pierre Gouzy.

Sanatorium d'Angicourt. — Fondé par l'Assistance publique pour les tuberculeux au début, pres de Liancourt (Oise), 165 lits d'hommes. Une section spéciale est réservée aux convalescents de pleurésie et aux malades simplement suspects de tuberculose, afin d'éviter tout danger de contagion. Des leçons sur le traitement hygiénique de la tuberculose seront faites au printemps. Le *Progrès Medical* annoncera leur ouverture.

Médecin en chef : M. le Dr Kuss. — Médecin adjoint : M. le Dr Hamant. — Deux internes en médecine et un interne en pharmacie sont attachés à l'Etablissement.

Organisation d'un concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux

Le Maitre des requêtes au Conseil d'État, directeur de l'Administration generale de l'Assistance publique : vu la loi du 10 janvier 1849, articles 1er 5 et 10, et celle du 7 aout 1851, art.8 *in fine* : vu l'avis émis par le Conseil de surveillance dans sa seance du 20 juin 1901 tendant a l'institution d'un concours pour la nomination aux places de dentiste des hopitaux, Arrete :

Article 1er. — Il est institue un concours pour la nomination aux emplois de dentiste des hopitaux :

Article 2. — Le programme du concours special pour la nomination aux places de dentiste des hopitaux est arrete ainsi qu'il suit, savoir :

I. — *Conditions d'admission au concours.* — Les candidats qui se presentent au concours pour les places de dentiste des hopitaux doivent justifier : 1° qu'ils possedent, depuis 3 ans revolus, le titre de docteur en medecine obtenu devant une Faculte de medecine française de l'Etat ; 2° qu'ils ont accompli un stage de 2 ans dans un service dentaire hospitalier. Neanmoins, le temps de doctorat et de stage est réduit à une année pour les candidats qui justifient de 4 années entieres passees dans les hopitaux et hospices de Paris en qualité d'élève interne en médecine. Transitoirement, pour le premier concours, le temps de stage à exiger des candidats non anciens internes des hopitaux sera réduit à une année.

II. — *Epreuves du concours.* — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

A. — *Epreuves d'admissibilité* : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale interne ou externe, pour laquelle il sera accordé 2 heures ; 2° une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale d'ordre général ; 3° une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection dentaire. Il sera accordé au candidat, pour chacune de ces deux épreuves, 20 minutes pour l'examen du malade et la réflexion, et 15 minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur le malade.

B. — *Epreuves définitives.* — 1° une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire ; il sera accordé au candidat 10 minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon ; 2° une épreuve théorique orale de prothèse. Pour cette épreuve, le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Dix minutes seront accordées au candidat pour faire sa leçon après dix minutes de réflexion ; 3° une consultation écrite sur un malade atteint d'une affection dentaire ; il sera accordé au candidat 15 minutes pour rédiger sa consultation : cette consultation sera lue immédiatement. Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite : 30 points ; pour chacune des deux épreuves cliniques : 20 points.

Epreuves définitives. — Pour la 1re épreuve théorique orale : 20 points ; pour la 2e épreuve théorique orale de prothèse : 20 points ; pour la consultation écrite : 30 points.

III. — *Jury du concours.* Le jury du concours pour la nomination aux places de dentiste des hôpitaux se compose de cinq membres, savoir : un chirurgien et un médecin chefs de service, et trois dentistes titulaires des hôpitaux. A titre de mesure transitoire et pour les deux premiers concours seulement, le jury se composera de deux chirurgiens et d'un médecin, chefs de service et de deux dentistes titulaires des hôpitaux.

IV. — *Dispositions diverses.* — Les formalités prescrites par le règlement général sur le service de santé en ce qui touche l'inscription des candidats, le tirage au sort du jury et toutes les opérations ultérieures du concours sont applicables au concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux.

Article 3. — La nomination des dentistes des hôpitaux est, comme celle des médecins, des accoucheurs et des ophtalmologistes, soumise à l'approbation du Ministre de l'intérieur, et ils ne peuvent être révoqués que par le même ministre, sur l'avis du conseil de surveillance, et sur la proposition du préfet de la Seine.

Article 4. — Les fonctions des dentistes titulaires cessent de plein droit lorsqu'ils ont accompli leur 62e année.

Article 5. — Sont abrogées et remplacées par les dispositions qui précèdent, celles contenues aux articles 88, 89 et 90 du règlement général sur le service de santé.

Article 6. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Le Bureau Central est supprimé depuis le 14 octobre 1895. Il s'agit là d'une réforme qu'exigeait impérieusement l'intérêt supérieur des malades. Nous en avons pris l'initiative il y a bien des années, notamment en 1874 (*Progrès méd.*, 1874, p. 609). La suppression du Bureau Central a eu pour heureuse conséquence la réorganisation des *consultations externes* des hôpitaux, qui sont faites par des médecins et des chirurgiens, nommés spécialement dans ce but. Toutes ces consultations ont un très grand intérêt pratique et nous ne saurions trop engager les étudiants à y assister le plus souvent possible. Ils y puiseront des notions dont ils se souviendront dans leur pratique ultérieure.

Bibliothèque des internes.

ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE DE VOLUMES — Bibliothèque des internes médecins	NOMBRE DE VOLUMES — Bibliothèque des internes pharmaciens	SUBVENTIONS ALLOUÉES en 1901 — MÉDECINS	SUBVENTIONS ALLOUÉES en 1901 — PHARMACIENS
Hôtel-Dieu	4.207	543	250	200
Annexe	»	»	150	»
Pitié	1.789	482	250	200
Charité	5.056	579	250	200
Saint-Antoine	2.974	605	300	200
Necker	1.576	285	250	200
Cochin	1.624	528	250	150
Beaujon	4.041	438	250	200
Lariboisière	3.230	435	300	200
Tenon	1.297	587	300	200
Laënnec	1.940	285	250	200
Bichat	543	371	250	150
Andral	158	95	150	100
Broussais	364	219	200	150
Aubervilliers (bibliothèque commune)	360		150	100
Bastion nº 29	73	»	150	100
Herold	168	49	200	150
Boucicaut	564	106	200	100
Saint-Louis	2.659	560	2.300 (1)	200
Ricord	6.348	255	200	100
Broca	414	304	200	100
Accouchement	968	233	200	100
Baudelocque	»	»	»	100
Clinique	»	59	»	100
Maison de Santé	887	336	250	200
Enfants-Malades	2.596	917	250	200
Forges	»	»	»	»
Trousseau	577	188	200	150
Bretonneau	447	123	200	150
Berck-sur-Mer	529	83	300	100
Enfants-Assistés	1.145	43	200	100
Bicêtre	1.214	400	300	200
Salpêtrière	3.999	736	300	200
Ivry	1.177	232	250	100
Brévannes	160	16	200	100
Ménages (environ)	500	36	300	100
La Rochefoucauld	46	54	100	100
Sainte-Périne	47	»	100	»
Hendaye	63	»	250	»

Médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux chargés du service des remplacements et de la direction des services temporaires.

Médecins : MM. FLORAND, JACQUET, LESAGE, COURTOIS-SUFFIT, LION, LE NOIR, MOSNY, RENON, CAUSSADE, CLAISSE, PARMENTIER, TRIBOULET, DUPRÉ, AVIRAGNET, LAMY, LEGRY, TEISSIER, HUDELO, BRUHL, J. RENAULT, SOUPAULT, F. BEZANÇON, GOUGET, MACAIGNE, ENRIQUEZ, DUFOUR, BELIN, CLAUDE.

Chirurgiens : MM. BEURNIER, DEMOULIN, LEGUEU, SÉBILEAU, FAURE, LYOT, ARROU, RIEFFEL, VILLEMIN, CHEVALIER, MAUCLAIRE, THIERY, GUILLEMAIN, MORESTIN, SOULIGOUX, BOUGLÉ, LAUNAY, AUVRAY, MARION, P. RICHE, MICHON, SAVARIAUD.

Accoucheurs : MM. VARNIER, Léon TISSIER, POTOCKI, DEMELIN, BOUFFE, BAUDRON et BRINDEAU.

Ophtalmologiste : M. MORAX.

Dentistes : MM. FREY, GOURC, CHOMPRET, PITSCH.

Consultations speciales a l Hotel-Dieu. — Bandages, les mardis et samedis, 11 heures : Orthopédie : Les mercredis, a 11 heures.

Amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement aura lieu le 15 novembre : les pavillons de dissection sont mis a la disposition des élèves pour l'etude de l'anatomie. L'amphitheatre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a ete specialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes. Un arrêté du 24 juillet 1895 pris apres avis conforme du conseil de surveillance, et approuvé par M. le Préfet de la Seine, autorise l'admission d'un certain nombre d'élèves de l'Ecole de Médecine et des élèves de l'Ecole dentaire à l'amphithéâtre de Clamart. Deux aides d'anatomie sont attachés, a cet effet, au pavillon affecté aux élèves de la Faculté : MM. Chevrier et Piquand, de meme qu'un répétiteur d'anatomie, M. Thoumire. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours a 4 heures : le premier, anatomie topographique, est fait par M. le Dr QUÉNU, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Cochin. — M. DUJARIER, prosecteur, fera le cours de physiologie. — M. HERBET, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive. — M. MACAIGNE, chef du laboratoire d'histologie, fait un cours d'histologie ; M. GOT, sous-chef du laboratoire. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Nous rappellerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée : M. LANDEL.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (année 1901-1902.) — *Saison d'hiver.*— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. le Dr QUENU, commenceront le vendredi 8 novembre 1901. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le Dr MACAIGNE, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota.— Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Pharmacie centrale des Hôpitaux.

M. le Dr PRUNIER, directeur.

Cet établissement important, situé quai de la Tournelle, est chargé d'approvisionner toutes les pharmacies spéciales des hôpitaux et hospices qui dépendent de l'Administration générale de l'Assistance Publique.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1º de médecins, chirurgiens et accoucheurs ; 2º de prosecteurs (voir AMPHITHEATRE DES HÔPITAUX) ; 3º d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements ; 4º de pharmaciens ; 5º d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours*. — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat*.

A. — *Externat.* — Art. 213. — Tout étudiant en médecine qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes (1). Il doit produire : 1º un certificat de ses inscriptions ; 2º son acte de naissance ; 3º un certificat de revaccination ; 4º un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Art. 215. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1º une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive : il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour developper cette question, apres cinq minutes de réflexion ; 2º une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, apres cinq minutes de réflexion. Le maximum des points a attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé a 20.

Pour les modifications introduites dans le fonctionnement des Concours de l'Internat et de l'Externat, voir les affiches des concours de cette année (partie contenant les dispositions extraites du Reglement sur le service de santé).

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours de l'**Externat** (2).

(1) Dont 2.000 francs pour la bibliotheque Feulard.

(1) Le concours de l'externat commence dans le courant du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) Voir les questions données au concours, de 1872 à 1889 inclusivement, dans les *Numeros des Etudiants* de 1883 à 1889.

Concours de 1890. — 1° *Anatomie* : Artère humérale : — Fléchisseurs commun, superficiel et profond des doigts et long fléchisseur du pouce ; — Clavicule : articulation tibio-tarsienne ; — Rapports de l'estomac ; Rapports du foie ; — Crosse de l'aorte : — Muscles de la région antérieure de la jambe : — Artères axillaires ; — Rapports des reins ; — Os maxillaire inférieur ; — Rapports des poumons ; — Rapports du rectum : — Rapports de l'œsophage ; — Ligaments de l'articulation du genou.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Saignée : — Appareil plâtré pour fracture de jambe sans plaie ; — Symptômes de l'ascite ; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius : — Cathétérisme de l'urètre chez l'homme ; — Signes de la pneumonie franche et aiguë ; — Fractures de la clavicule ; — Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale (1) ; — Vaccination contre la variole ; — Symptômes de la pleurésie ; — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné ; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine ; — Anthrax ; — Epistaxis ; — Blennorrhagie aiguë.

Concours de 1891. — 1° *Anatomie* : Configuration extérieure et rapports du cœur ; — Muscles masticateurs ; — Fosses nasales. — Sacrum et coccyx ; — Artères de la main ; — Muscles de la région antéro-externe de la jambe ; — Rapports de la vessie ; — Veines supérieures du membre inférieur : — Occipital ; — Grand et petit obliques de l'abdomen ; — Rapports du foie ; — Artère sous-clavière ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Os maxillaire inférieur ; — Artère axillaire ; — Muscle diaphragme ; — Articulation radio-carpienne ; — Brûlures ; Saignée au pli du coude ; — Articulation coxo-fémorale : — Atlas et axis ; — Articulations de la clavicule ; — Aorte abdominale. — Muscles fessiers ; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme ; — Lavage de l'estomac ; — Pneumonie ; — Vaccination contre la variole ; — Injections hypodermiques ; — Ponctions exploratrices ; — Tamponnement des fosses nasales ; — Hydarthrose ; — Signes et diagnostic de la phtisie pulmonaire à la 3e période ; — Technique de l'autopsie des cavités abdominale et thoracique ; — Anthrax ; — Erysipèle ; — Ventouses ; — Anesthésie locale ; — Ligature et pansement du cordon ombilical ; — Recherches de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines ; — Appareils plâtrés pour fractures de jambes.

Concours de 1892. — 1° *Anatomie.* — Crosse de l'aorte ; — Face inférieure du foie (conf. ext. et rapports) ; — Biceps brachial et brachial antérieur ; — Tiers supérieur du fémur : — Muscles masticateurs ; — Muscles adducteurs de la cuisse et leurs nerfs ; — Surfaces articulaires et ligaments de l'articulation du coude ; — Muscle psoas-iliaque ; — Paroi osseuse des fosses nasales ; — Trachée (config. extérieure et rapports) ; — Cœur (config. ext. et rapports) ; — Os maxillaire inférieur ; — Config. ext. et rapports du rectum ; — Artère fémorale ; — Muscles fessiers ; — Veines superficielles du membre supérieur ; — Muscles de la patte d'oie (cout., 1/2 tend., d. interne) ; — Astragale et calcanéum ; — Aorte abdominale ; — Paroi osseuse de l'orbite ; — M. de la région antéro-latérale de la jambe ; — Surf. art. et lig. de l'art. du genou ; — Veines jugulaires ; — Poumons (conf. ext. et rapports) ; — Rapports de l'estomac ; Artères de la main.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie.* — Signes de la pneumonie franche aiguë ; — Vésicatoires ; — Appareil plâtré ; — Des injections sous-cutanées ; — Recherche de l'albumine et du sucre dans les urines ; — Pansements antiseptiques ; — Signes locaux des épanchements pleuraux ; — Signes des fractures ; — Lavage de l'estomac ; — Manière de faire une autopsie ; — Chloroformisation ; — Rougeole (signes et diagnostic) ; — Vaccination ; — Furoncles ; — Entorses ; — Ventouses ; — Erysipèle de la face ; — Lavement ; — Manière de faire la trachéotomie.

Concours de 1893. — 1° *Anatomie.* — Rapports du cœur ; — Triceps brachial ; — Omoplate ; — Muscles de la région postérieure de la cuisse ; — Vertèbres dorsales ; — Articulation radio-carpienne ; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac ; — Rapports de la vessie chez l'homme et chez la femme ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Artères de l'avant-bras ; — Muscles de la région postérieure de la cuisse ; — Vertèbres dorsales ; — Muscles péroniers latéraux ; — Configuration ext. et rapports des poumons ; — Muscle psoas iliaque ; — Configuration ext. et rapports de l'œsophage ; — Artères de la jambe ; — Crosse de l'aorte ; — Veine cave inférieure ; — Muscles fessiers ; — Config. ext. et rapports de la face inférieure du foie ; — Config. ext. et rapports de la trachée ; — Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* ; Symptômes de la pneumonie franche ; — Symptômes de la fièvre typhoïde ; — Symp. et diagn. de la scarlatine ; — Sympt. et complic. du rhumatisme articulaire aigu ; — Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse ; — Cathétérisme évacuateur de la vessie chez l'homme ; — Symptômes et diagnostic de la variole ; — Fractures de la clavicule ; — Symptômes de la péritonite aiguë ; — Chloroformisation ; — Ascite ; — Anthrax ; — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique ; — Symptômes de l'étranglement herniaire ; — Angine diphtérique ; — Fractures de la rotule ; — Examen clinique des urines ; — Symptômes et diag. de la pleurésie purulente ; — Epistaxis ; — Signes de la grossesse ; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1894. — 1° *Anatomie* : Fosses nasales ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Maxillaire inférieur ; — Articulation de l'épaule ; — Artère maxillaire ; — Vertèbres dorsales ; — Rapports de l'estomac : — Veines superficielles du membre inférieur ; — Muscles psoas-iliaque ; — Artères de l'avant-bras ; — Cavités orbitaires ; — Artère poplitée ; — Muscle diaphragme ; — Artère carotide externe ; — Os occipital ; — Configuration et rapport du rectum ; — Configuration externe du cœur ; — Trous de la base du crâne ; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; — Muscles élévateurs de la mâchoire inférieure ; — Muscles fessiers ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Crosse de l'aorte ; — Configuration et rapports des poumons ; — Articulation de la hanche ; — Ligaments de l'articulation du genou ; — Configuration extérieure et rapports du foie ; — Fosses nasales ; — Muscles péroniers latéraux ; — Articulation sterno-claviculaire. — *Pour les vétérans* : Configuration extérieure et rapports du cœur ; — veine porte ; — Artères pulmonaires ; — Canal inguinal chez l'homme ; — Veines jugulaires.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : De l'ascite ; — Chloroformisation et accidents ; — Anthrax ; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius ; — Phlegmon diffus ; — Symptômes de la fièvre typhoïde ; — Epistaxis ; — Analyse clinique des urines ; — Fractures de la clavicule ; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë ; — Symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac ; — Signes et complications de la rougeole ; — Signes et diagnostic de la coxalgie ; — Vaccine et vaccination ; — Signes et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu ; — Erysipèle de la face ; — Symptômes et diagnostic de la fièvre scarlatine ; — Péritonite aiguë généralisée ; — Insuffisance aortique ; — Etranglements herniaires ; — Délivrance ; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1895. — 1° *Anatomie* : Crosse de l'aorte ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Extrémité inférieure du radius et du cubitus ; — Muscles masticateurs ; — Artère sous-clavière ; — Os maxillaire supérieur ; — Muscles obturateurs ; — Caractères distinctifs des vertèbres cervicales ; — Ligaments de l'articulation du genou ; — Muscles de l'éminence thénar ; — Tronc cœliaque ; — Rapports de l'estomac ; — Muscles long et court fléchisseur du gros orteil ; — Ligaments qui unissent l'os sacrum à l'os iliaque ; — Configuration extérieure de la portion pétreuse de l'os temporal ; — Artère carotide externe ; — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; — Calcanéum et cuboïde ; — Muscles du pied ; — Ligament large ; — Artères du pied ; — Tronc de la veine cave inférieure ; — Long et court supinateur ; — Nerf médian ; — Cordon spermatique.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie* : Fractures du péroné ; — Epistaxis (causes et traitement) ; — Oreillons ; — Complications et traitement des fractures compliquées de la jambe ; — Ulcère variqueux de la jambe ; — Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits ; — Etiologie, symptômes et traitement du phlegmon diffus ; — Manuel opératoire du cathétérisme évacuateur de la vessie ; — Description, signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la troisième période ; — Luxation de la mâchoire ; — Complication et traitement de la blennorragie ; — Erysipèle de la face ; — Examen chimique des urines ; — Le panaris ; — Thoracentèse ; — Mal de Pott ; — Causes, symptômes et traitement de la pleurésie purulente ; — Cancer de l'utérus ; — Symptômes et diagnostic de la grossesse simple ; — Signes et diagnostic de la fièvre scarlatine ; — Signes, diagnostic et traitement de l'hydrocèle vaginale ; — Les adénites suppurées.

Concours de 1896. — *Anatomie.* — Nerf radial ; rapports du duodénum ; articulation tibio-tarsienne ; artères de la main ; muscle grand oblique de l'abdomen ; configuration intérieure du cœur ; description de la face inférieure de l'encéphale ; vésicule biliaire ; omoplate ; prostate ; muscle psoas-iliaque ; enveloppes du testicule ; muscles moteurs du globe oculaire ; muscles fléchisseurs communs des doigts ; veines superficielles du membre inférieur ; artère humérale et ses branches ; configuration extérieure et rapports du rein ; os occipital ; os maxillaire inférieur ; configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie ; veine cave inférieure ; ligaments et synoviales de l'articulation du genou ; muscles péroniers latéraux ; configuration extérieure et rapports des poumons. Muscles péroniers latéraux ; description macroscopique et rapports de l'œsophage ; muscles de la région

(1) Voir Bourneville et Bricon : *Manuel de technique des autopsies* (Bureaux du *Progrès Médical*).

sus-hyoïdienne ; veines jugulaires ; tiers supérieur du fémur ; artère poplitée et ses branches ; description macroscopique de l'utérus en dehors de la grossesse.

Pathologie. — Fractures de la rotule ; de la chloroformisation et de ses accidents ; hémoptysies ; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou ; désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire ; complications du rhumatisme articulaire aigu ; foyers d'auscultation du cœur et souffles qu'on y entend ; différentes formes de traitement des fractures de jambes ; signes et complications de la blennorragie chez l'homme ; de la signification clinique des différents râles dans les maladies des bronches et des poumons ; avec quoi peut-on confondre l'ascite ? Signes de la syphilis ; des renseignements donnés par la palpation et la percussion dans les maladies de la plèvre et du poumon ; signes de la cirrhose atrophique de Laënnec ; signes et diagnostic du cancer de la langue ; signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; complications de la rougeole ; signes et diagnostic de l'angine diphtérique ; signes de la coxalgie ; signes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac ; traitement de l'angine diphtérique et du croup ; de l'examen des crachats ; séméiologie de la langue ; de la délivrance et de ses affections ; étant donné un genou augmenté de volume, discuter le diagnostic possible ; examen clinique des urines ; signes physiques de la pleurésie avec épanchement.

Concours de 1897. — *Anatomie.* — Surfaces articulaires et ligament de l'épaule ; maxillaire inférieur ; muscle psoas-iliaque ; articulation tibio-tarsienne ; nerf cubital ; paroi osseuse des fosses nasales ; muscles masticateurs ; artère poplitée et ses branches ; péroniers latéraux ; tronc cœliaque et ses branches ; veines jugulaires ; nerf radial ; ligaments et synoviale de l'articulation du genou ; nerf médian ; configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; muscles de la main ; muscle de la région antéro-latérale de l'abdomen ; artère fémorale et ses branches ; os iliaque ; artères de la jambe et du pied ; sciatique poplité externe et sciatique poplité interne ; parois osseuses de l'orbite ; calcanéum et astragale ; articulation temporo-maxillaire ; vulve et vagin ; articulations occipito-atloïdienne, atloïdo-axoïdienne ; oreillette et ventricule droit ; région anale.

Pathologie. — Le pansement aseptique et antiseptique ; causes et symptômes de la péritonite aiguë ; symptômes et marche de la pneumonie franche ; panaris ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; manière de faire une autopsie ; ascite ; symptômes, complications et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu ; symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique ; fractures de côtes ; signes et complications de l'érysipèle ; des différents modes d'anesthésie générale et locale ; causes et signes de la fièvre typhoïde ; examen clinique des urines ; fracture de la rotule ; hydarthrose ; épistaxis ; cathétérisme évacuateur de l'urètre ; hydrocèle ; symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique ; varices ; saignée (indications et manuel opératoire) ; fractures de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe ; les lavements ; fistules à l'anus ; toucher rectal ; délivrance.

Concours de 1898. — *Anatomie.* — Crosse de l'aorte ; muscles pectoraux ; os maxillaire inférieur ; articulation scapulo-humérale ; rapports de l'estomac ; extrémité supérieure du fémur ; calcanéum et astragale ; configuration extérieure et rapports de la trachée ; muscles antérieurs et externes de la jambe ; os occipital ; nerf cubital ; artères de la main ; muscle diaphragme ; rapports de la vessie ; muscle sterno-mastoïdien ; omoplate ; muscles psoas-iliaque et petit psoas ; parois osseuses des fosses nasales ; muscle trapèze ; rapports des reins ; configuration et rapports du cœur ; nerf cubital ; anatomie du testicule ; région anale ; du périoste.

Pathologie. — Fractures de côtes ; signes physiques de la pleurésie avec épanchement ; fractures du péroné ; érysipèle de la face ; causes et signes de l'ascite ; ponction abdominale ; examen clinique des urines ; épistaxis et son traitement ; symptômes et marche de la fièvre typhoïde ; symptômes et marche de la pneumonie franche ; furoncle ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; autopsie ; signes et complications de la rougeole ; indication, manuel opératoire et accidents du cathétérisme de l'urètre chez l'homme ; souffles cardiaques, leurs caractères, leur valeur diagnostique ; saignée ; hydarthrose du genou ; panaris ; fractures des côtes ; vaccine ; vaccination ; symptômes des cavernes pulmonaires ; brûlures ; fractures de la rotule ; diagnostic de la grossesse au début du neuvième mois ; ictère catarrhal ; luxation de l'articulation temporo-maxillaire ; délivrance.

Concours de 1899. — *Anatomie.* — Artère fémorale ; os maxillaire inférieur ; muscles péroniers latéraux ; articulation du coude ; muscles pectoraux ; rapports de la trachée ; nerf médian ; trous de la base du crâne ; veines superficielles du membre inférieur ; rapports du foie ; crosse de l'aorte ; omoplate ; rapports de la vessie ; muscles fessiers ; sacrum et coccyx ; muscles masticateurs ; artère poplitée ; configuration externe et rapports de l'œsophage ; articulation tibio-tarsienne ; nerf cubital ; artère sous-clavière ; rapports du rein ; rapports du rectum ; rapports de l'utérus ; configuration extérieure et rapports du cœur ; rapports de l'estomac ; configuration et rapports des poumons.

Pathologie. — Saignée ; épistaxis ; tamponnement des fosses nasales ; fracture des côtes ; examen clinique des urines ; fractures de l'extrémité inférieure du radius ; érysipèle de la face ; hydrocèle de la vaginale ; cathétérisme de l'urètre ; de la conduite à tenir en présence d'un sujet en état d'asphyxie ; signes de la pneumonie franche aiguë ; de l'anesthésie générale par le chloroforme et l'éther ; hémophysies ; signes de la tuberculose pulmonaire chronique ; vaccine et vaccination ; fractures du péroné ; panaris ; fractures de la clavicule ; ascite ; signes et complications de la rougeole ; manière de faire une autopsie ; oreillons ; coqueluche ; symptômes et diagnostic du mal de Pott ; phlegmatia alba dolens ; muguet ; métrorragies ; rétrécissement mitral. — Epreuve supplémentaire : Indications, manuel opératoire et dangers de la thoracenthèse.

Concours de 1900. — *Anatomie.* — Articulation tibio-tarsienne ; configuration extérieure et rapports de l'utérus ; veine cave inférieure ; crosse de l'aorte ; veines superficielles du membre inférieur ; squelette des fosses nasales ; région anale ; omoplate ; face inférieure du foie.

Pathologie. — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; symptômes et diagnostic de l'occlusion intestinale ; coqueluche ; ostéomyélite ; saignée ; injection de sérum physiologique ; orchite ; blennorrhagie.

B. — Voici maintenant les articles du règlement relatif aux **internes en médecine et en chirurgie**.

Art. 217. — Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les 7 années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai. Par exception, ce délai pourra être augmenté d'une année pour les internes provisoires en exercice ; mais cette exception ne s'appliquera qu'à ceux de ces internes provisoires qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878. Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée ; 2° des certificats délivrés par les médecins, chirurgiens et accoucheurs, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite ; 3° un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Art. 219. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le Jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points, 15 pour l'anatomie et 15 pour la pathologie ; pour l'épreuve orale, 20 points.

Questions écrites données dans ces dernières années. — 1861. Structure du rein ; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire ; varicocèle et son traitement. — 1865. Diaphragme ; pleurésie. — 1866. Veine porte ; ascite. — 1867. Artères des intestins ; Signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx ; caractères différentiels des laryngites. — 1869. Médiastin postérieur ; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches ; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales ; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie ; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage ; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cæcum ; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule ; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais ; érysipèle spontané de la face. — 1881. Col de l'utérus ; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent ; anatomie pathologique ; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée ; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiolo-

gie) ; symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours : Rapports de l'estomac et du duodénum ; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique ; — 2e concours : Circonvolutions de la face externe du cerveau ; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires ; érysipèle de la face. — 1888. Triangle de Scarpa ; symptôme et diagnostic de l'étranglement herniaire. — 1889. Muqueuse de l'utérus ; Diagnostic différentiel des métrorragies. — 1890. Pancréas (An. et Phys.) ; Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 1891. Articulation tibio-tarsienne ; périostite phlegmoneuse diffuse. — 1892. Diaphragme (An. et Phys.) ; symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — 1893. Cœcum ; abcès péri-cæcaux. — 1894. Voies biliaires intra et extra-hépatiques ; symptômes et complications de la lithiase biliaire. — 1895. Nerfs de la langue ; symptômes et diagnostic du cancer de la langue. — 1896. Origine et tronc de la veine porte ; perforation intestinale. — 1897. Plèvre ; cancer de l'œsophage. — 1898. Anatomie de l'S iliaque. Diagnostic anatomique et clinique des cavernes pulmonaires. — 1899. Nerf maxillaire supérieur ; complications du diabète. — Concours supplémentaire : Prostate ; complications des otites moyennes suppurées. — 1900 : Tronc de l'artère sous-clavière ; diagnostic et traitement des pleurésies purulentes,

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales (1).

Concours de 1891. — Couches optiques ; Embolie cérébrale. — Voies lacrymales ; inflammations aiguës des voies lacrymales. — Nerf récurrent ; œdème de la glotte. — Synoviales des doigts de la main ; synovite chronique de ces gaines. — Nerf phrénique ; pleurésie diaphragmatique. Villosités intestinales ; perforations de la fièvre typhoïde. Ganglions de l'aine : s. et d. de la hernie crurale étranglée. — Canal thoracique ; gangrène pulmonaire. — Péritoine pelvien ; insertions vicieuses du placenta. — Pylore ; gastrorraphie. — Ombilic ; signes, complications et traitement de l'avortement. Glande sous-maxillaire et son canal excréteur ; causes. signes et diagnostic du phlegmon sus-hyoïdien. — Amygdales ; syphilis de la langue. — Endocarde ; asystolie. — Conformation extérieure et rapports du bulbe rachidien : causes, signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1892. — Crosse de l'aorte ; symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Artère fémorale ; signes de la coxalgie. — Bassinet et uretères ; signes et diagnostic de la colique néphrétique. – Muscles masticateurs : s. et d. des paralysies faciales. — M. du larynx ; laryngite striduleuse. Col de l'utérus ; s. et traitement de l'éclampsie puerpérale. — Hile du poumon ; symptômes du pneumothorax. — Rapports du pharynx : abcès rétro-pharyngiens. — Veine porte ; s. et d. de la cirrhose atrophique alcoolique. — Creux poplité ; névralgie sciatique. Veines jugulaires ; symptômes de la méningite tuberculeuse. — Région ombilicale ; symptômes du cancer de l'estomac. — Canal inguinal ; s. et diagn. de la tuberculose testiculaire. — Veines saphènes ; causes et symptômes de la phlegmatia alba dolens. Rapports du cœur ; signes et diagn. de la néphrite interstitielle.

Concours de 1893. — Orifice aortique ; symptômes et diagnostic de l'angine de poitrine. — Vaisseaux et nerfs de la plante du pied ; causes, signes et diagnostic du mal perforant plantaire. — Plèvre pariétale ; signe et diagnostic du cancer pleuropulmonaire. — Artères rénales ; complications rénales de la scarlatine. — Orifice mitral ; pathogénie et signes de l'apoplexie-pulmonaire. — Articulation sterno-claviculaire ; pathog. et signes du torticolis musculaire chronique. — Racines rachidiennes ; signes et marche des fractures de la colonne vertébrale. — Branche ophtalmique de Willis ; zona ophtalmique. — Portion membraneuse de l'urètre ; complications des rétrécissements de l'urètre. — Artères de la région du coude et leurs anastomoses ; signes et diagnostic des luxations du coude en arrière. — Vaisseaux et nerfs de l'utérus ; signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois. — Cornée transparente ; signes et diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Vésicule biliaire ; complication de la lithiase biliaire ; — Bronches extra-pulmonaires ; corps étrangers des voies aériennes.

Concours de 1894. — Ganglions trachéo-bronchiques ; adénopathie trachéo-bronchique. — Pancréas ; complications nerveuses du diabète sucré ; — Villosités intestinales ; entérite tuberculeuse. — Tubes urinifères ; cancer du rein. — Capsules surrénales : maladie d'Addison. — Artères coronaires : angine de poitrine. — Creux poplité ; anévrisme poplité. — Muqueuse vésicale ; rétention d'urine et son traitement.

Concours de 1895. — Rapports du larynx ; laryngite striduleuse ; Médiastin postérieur ; Symptômes et diagnostic du pneumothorax partiel ; — Vésicule de De Graaf ; Diagnostic des kystes de l'ovaire ; — Nerf sciatique poplité externe ; Plaies des nerfs ; — Rapports de l'œsophage ; Rétrécissements cancéreux de l'œsophage ; — Sacrum ; — Manuel opératoire, difficultés et accidents de la version podalique ; — Parois osseuses des fosses nasales ; Symptômes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens ; — Artères de la jambe ; Phlegmatia alba dolens ; — Glotte ; Diagnostic et indications thérapeutiques du croup ; — Arrière cavité des épiploons ; Signes et valeur séméiologique de l'ascite ; — Rapports de l'œsophage : Rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; — Cordon séminal ; Kyste du cordon ; — Rapport de la carotide ; Oreillons ; — Muscles de l'éminence thénar ; Symptômes et diagnostic des paralysies saturnines ; — Rapports de l'uretère ; Symptômes, diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale ; — Les oreillettes du cœur ; — Etiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne.

Concours de 1896. — Nerf phrénique ; symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente. — Canal inguinal ; hernie inguinale congénitale chez l'homme — Muqueuse utérine à l'état de vacuité ; signes de la grossesse normale. — Glande sous-maxillaire ; stomatite mercurielle. — Rapports de la crosse de l'aorte ; signes et complications de l'anévrisme de l'aorte. — Rapports du rein ; coliques néphrétiques. — Creux poplité ; arthrite blennorrhagique. — Veine jugulaire interne ; symptômes de l'hémorragie cérébrale. — Valvules auriculo-ventriculaires (droite et gauche) ; rétrécissement mitral. — Cordon ombilical ; délivrance à terme. — Rapports de la trachée ; signes de la gangrène pulmonaire. — Portion extra-crânienne du nerf facial ; signes et diagnostic du tétanos.

Concours de 1897. — Col de l'utérus ; symptômes et diagnostic des corps fibreux de l'utérus. — Muscles grands droits de l'abdomen et leur gaine ; signes, diagnostic et traitement préventif du tétanos. — Muqueuse de l'estomac ; Formes cliniques et diagnostic de l'urémie. — Rapports de la glande parotide ; paralysies diphtéritiques. — Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne ; signes. diagnostic et traitement des fractures bi-malléolaires. — Vaisseaux sanguins du cœur ; symptômes, diagnostic et pronostic du rachitisme. — Epiploon gastro-hépatique ; diagnostic de l'occlusion intestinale. — Muscles intrinsèques du larynx ; signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. — Lèvres, chancre induré. — Trompes ; abcès du sein. — Racines rachidiennes ; causes, symptômes et diagnostic de la chorée. — Trompes utérines ; causes, signes et diagnostic des abcès du sein. — Artère axillaire ; zones. — Nerf sciatique poplité externe ; panaris. — A la suite de la dernière séance, une épreuve supplémentaire a eu lieu entre les trois candidats qui avaient obtenu le maximum des points, soit 46 1/2. — Questions proposées : Eléments figurés du sang ; signes diagnostiques de la grippe.

Concours de 1898. — Anatomie du nerf phrénique ; causes et symptômes de la péricardite avec épanchement. — Trompes utérines ; signes de la grossesse au cinquième mois. — Vésicule biliaire ; colique hépatique. — Capsules et ligaments de l'articulation coxo-fémorale ; fracture au col du fémur. — Configuration et rapports de la rate ; fièvre typhoïde au huitième jour. — Artère de la base de l'encéphale ; symptômes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — Nerf radial ; signes et diagnostic de la luxation du coude en arrière. — Rapports du poumon gauche ; signes et diagnostic de l'emphysème pulmonaire.

Concours de 1899. — Artère fémorale et ses branches ; grenouillette. — Artères de l'utérus : diagnostic et traitement des accidents éclamptiques. — Les trois muscles constricteurs du pharynx ; polypes naso-pharyngiens. — Cordon spermatique ; tuberculose du testicule (anatomie pathologique, signes et diagnostic). — Nerf radial : signes et diagnostic des luxations scapulo-humérales en avant et en dedans. — Rapports de la vessie ; calculs vésicaux (signes et diagnostic). — Rapports du corps thyroïde ; complication de la rougeole. — Hile du poumon ; des hémoptysies. — Valvule mitrale ; signes et complications du rétrécissement mitral. — Veine jugulaire interne ; anévrysme artério-veineux. — Cordon ombilical ; hémorragies de la délivrance après l'accouchement à terme (diagnostic et traitement). — Méninges rachidiennes ; mal de Pott dorso-lombaire. — Rapports des reins ; causes, signes et diagnostic des abcès périnéphrétiques.

Concours supplementaire. — Extrémité inférieure du fémur ; corps étrangers articulaires. — Rapports des artères sous-clavières ; zona. — Les nerfs du diaphragme : hemothorax traumatique.

Concours de 1900. — Parois osseuses de l'orbite ; symptômes du goitre exophtalmique. — Muscles de l'éminence thénar ; luxation métacarpo-phalangienne du pouce. — Anatomie des muscles

(1) Voir pour les questions données aux précédents concours les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1890.

de la couche profonde de la région postérieure de la jambe ; tarsalgie des adolescents. — Echancrure sciatique : symptômes et diagnostic du rhumatisme blennorragique. — Anatomie des muscles ptérygoïdiens ; symptômes et diagnostic du tétanos traumatique. Veine saphène interne : symptômes et diagnostic des hémorroïdes internes. — Nerf crural ; signes et diagnostic des hématuries rénales. — Anatomie des muscles fléchisseurs des doigts : paralysies saturnines : symptômes et diagnostic. — Anatomie du muscle releveur de l'anus chez la femme. Symptômes et diagnostic des péritonites purulentes aiguës. — Etage moyen de la base du crâne ; stomatite mercurielle. — Muscles obturateurs ; symptômes et diagnostic des péricardites chroniques.

Prix de l'Internat. — Depuis 1888, le *Concours des Prix de l'Internat* est dédoublé (voir Bulletin du *Numero des Etudiants*, 1887 et *Progres méd.*, 1888, 1re sem. p. 89) en deux concours, portant les noms de *Concours de la medaille d'or pour la médecine* et *Concours de la médaille d'or pour la chirurgie* ou de *Concours des Bourses de voyages*. Maintenant il y a donc deux concours : un pour les *internes en chirurgie* de 4e année ; l'autre pour les *internes en médecine* de 4e année. Ces deux concours, pour 1888, ont eu lieu en décembre (1).

Questions qui ont été posées en 1891. — *Section de médecine* : Question écrite : *Des artérites cérébrales*. Question orale : *Oreillons*. — *Section de Chirurgie* : Question écrite : *Œsophage* (Anat. et Phys.) ; *retrécissement non cancéreux de l'œsophage*.

Concours de 1892. — *Section de Médecine* : Question écrite : *Anatomie et physiologie de la terminaison des nerfs moteurs et des origines des nerfs de la sensibilité générale* ; *paralysie toxique*. Question orale : *Les angines de poitrine*. — *Section de Chirurgie* : Question écrite : *Mamelles, anatomie et histologie* ; *cancer du sein*. Question orale : *Cancer du larynx*.

Concours de 1893. Section de Médecine : *Scarlatine maligne*. Section de Chirurgie : *Anatomie de la vesicule biliaire* ; *thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire*.

Concours de 1894. — Section de Médecine : *Anatomie histologique et pathologique des capsules surrénales*.

Concours de 1897. *Section de Médecine* : Epreuve écrite : *Faisceau pyramidal* ; *ses contractures* : Question orale : *Gangrènes diabétiques*. — *Section de chirurgie* : Epreuve écrite : *nerfs de la paume de la main* ; *plaies des nerfs* : Question orale : *Fractures bi-malléolaires*.

Concours de 1898. — *Section de médecine* : Epreuve écrite : *Globules blancs, leucocytose* : Question orale : *Des gangrènes dans la fièvre typhoide*. — *Section de chirurgie et accouchements* : Epreuve écrite : *Canal inguinal des épiplocèles* ; Question orale : *Hématocèle rétro-utérine*.

Concours de 1899. — *Section de médecine* : Epreuve écrite : *Circulation pulmonaire* ; *les pleurésies tuberculeuses* : Question orale : *De la gastro-succorrhée*. — *Section de chirurgie et accouchements* : Epreuve écrite : *Voile du palais (anatomie et physiologie)* ; *tumeurs du voile du palais* : Question orale : *Diagnostic et traitement du cancer du rectum* (2).

Concours de 1900. — *Section de médecine*. — Epreuve écrite : *Artères cérébrales (anatomie et physiologie)* ; *diagnostic de la paralysie générale*. — Epreuve orale : *Accidents pleuro-pulmonaires du mal de Bright*. — *Section de chirurgie* : Epreuve écrite : *Fracture de Dupuytren*. — Epreuve orale : *Luxations anciennes de l'épaule* ; *Abcès retro-pharyngiens*.

En raison de l'augmentation progressive des *services d'accouchement*, et par conséquent du nombre des internes, il conviendrait, à notre avis, de créer prochainement une *bourse de voyage* pour les internes des services d'accouchement. Il y aurait, alors, *trois bourses de voyage* ; médecine, chirurgie, accouchement.

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants : *Prix Arnal* : Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 450 fr. — *Prix Dusol* : donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard* : Boîte ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Ba[illegible]* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1.250 fr. environ. *Prix Burlaud* : Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres ; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale* : Prix biennal de 1,000 fr., à l'interne titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires. — *Prix Fillioux* : Deux prix annuels de même valeur, l'un à l'interne, l'autre à l'externe qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Pour 1900, ces prix sont de 750 fr. chaque.

Les renseignements qui précèdent montrent combien *l'externat* et surtout *l'internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1re et 2e années, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1re année, 600 fr. ; 2e année, 700 fr. ; 3e année, 800 fr. ; 4e année, 1,000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Dans les hôpitaux excentriques (Tenon, Bichat, Broussais, Hérold, Sainte-Périne) et dans les hospices extra-muros (Bicêtre, Ivry, Ménages) ils reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement calculée à raison de 300 fr. par an. — Le nombre des places vacantes est d'ordinaire de 50 à 60 ; celui des candidats de 500 environ ; celui des copies remises de 400 environ.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, etc., les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, etc.), les externes ont une indemnité de un franc par jour de présence. — A la Maison de Santé, les externes ont une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à Tenon, à Bichat, etc., les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois au prorata de leurs journées de présence.

Enseignement clinique dans les Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies nerveuses* : M. P. Marie, le mardi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Ch. Féré, consultation le mardi, à 9 h. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville. Samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Antoine. — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses*. — Pendant le semestre d'hiver, M. Gilbert Ballet fait des leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse ; le dimanche à 10 heures. — L'ouverture du cours est annoncée par une affiche spéciale. — Mardi, toute l'année, consultation spéciale pour les affections mentales et nerveuses à 9 h. 1/2.

Service spécial des maladies de l'oreille du nez et du larynx : Le docteur M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, reprendra ses conférences cliniques le : samedi 9 novembre 1901, à 10 heures.

Emploi du temps : Le lundi, petite chirurgie spéciale. — Le mardi, conférence de technique et de séméiologie. — Présentation de malades. — Le vendredi, opérations (cure radicale de l'otorrhée et des sinusites de la face). — Samedi, conférence de thérapeutique.

Hôpital Saint-Antoine. *Conférences de Radiologie médicale*. — Le Dr A. Béclère a commencé le dimanche 3 novembre, 10 heures du matin, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *huit conférences* sur les *Premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades. — *Les exercices pratiques de Radiographie* ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscrip-

(1) On trouvera dans le *Numéro des Etudiants* de 1900 la liste des questions données depuis 1877 jusqu'en 1887.

(2) Les questions de 1901 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical*. Voir, pour les questions relatives aux autopsies ; Bourneville et Bricon, *Manuel des autopsies*.

tion est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

Hôpital Lariboisière. — Clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles. — M. le Dr Gouguenheim, médecin de l'Hôpital Lariboisière : maladies du larynx et du nez ; mardi, jeudi, samedi à 9 heures. M. le Dr Lombard, assistant : maladies des oreilles ; lundi et vendredi à 9 heures. — Opérations ; pavillon Davaine : mercredi à 10 heures 1/2. Une série de conférences cliniques sera annoncée ultérieurement.

Asile Clinique (Sainte-Anne). — M. Magnan reprendra dans le service de l'admission, le mercredi 4 décembre à 9 heures 1/2, les *exercices cliniques sur le diagnostic de la folie* (Voir à la fin du numéro).

Pavillon central de chirurgie de l'Asile clinique, rue Cabanis 1. Ce pavillon, créé par le conseil général, a été ouvert le 4 mai 1901 sous la direction de M. le Dr Picqué, chirurgien en chef de l'Asile. Il est exclusivement réservé aux aliénés de tout le département de la Seine répartis dans 7 établissements (Ville-Evrard, Maison Blanche, Maison de santé, Vaucluse, Colonie des arriérés, Villejuif, Asile clinique), sur une population de 7000 malades environ. C'est un pavillon exclusivement opératoire où les malades ne viennent que pour y subir l'opération déclarée nécessaire (voir 1er volume du Recueil des travaux, Librairie Masson). Ce pavillon, construit avec tous les perfectionnements désirables, n'est visible que le mercredi de 11 h. à midi, sous la direction du chirurgien. Installée par M. Picqué, à ses frais, et dirigée par M. Macé, ancien chef de clinique de la Faculté, une policlinique externe est en outre annexée au service pour permettre d'instituer le traitement externe des malades qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. C'est là une disposition qui n'existe dans aucun hôpital. Ce service a reçu, sur la demande de M. Picqué, une consécration officielle du conseil de surveillance (arrêté du 18 mars 1900 : — Ce service comprend : voies urinaires, assistant M. Chevalier, chirurgien des hospices : la gynécologie, M. Mauclaire, chirurgien des hospices ; le nez, les oreilles et le larynx, M. Laurens, ancien interne des hopitaux : l'ophtalmologie, M. Sauvineau, ancien interne des hôpitaux.

Asile de Villejuif. — *Maladies mentales.* — M. Toulouse. Le mercredi, visite du service ; conférences cliniques au lit des malades.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, dans la salle des conférences, le dimanche 10 novembre, à 9 h. 1/4 et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Hôpital Bichat. Bd. Ney, près la porte Saint-Ouen. — On y accède facilement par le tramway électrique de la Madeleine 13 minutes et celui de Saint-Augustin 12 minutes. Cet hôpital comprend un seul service de chirurgie dirigé par M. le Dr Picqué et répond aux besoins d'une circonscription de 180.000 habitants. Deux salles de malades (hommes et femmes) composent le service. A chaque salle est annexée une salle d'opérations. Du coté des femmes existe un pavillon d'isolement. Des modifications importantes ont été introduites dans le service opératoire par M. Picqué, surtout au point de vue de la stérilisation de l'eau. Il existe en outre un service spécial pour la stérilisation des pansements et un laboratoire pour l'*électrothérapie* et la *radiographie*, M. Lebon, ancien interne des hopitaux. Organisation de l'enseignement dans le service ; tous les vendredis a 10 h. conférence clinique au laboratoire par M. Picqué. Une affiche ultérieure indiquera le jour et l'heure des conférences faites à la policlinique, sur les yeux, les oreilles etc., ainsi que des conférences de bactériologie faite au laboratoire par M. Macé, ancien chef de clinique. Opérations mardi, jeudi, samedi. Visite tous les jours à 9 h.

Hôpital Bretonneau, 2, rue Carpeaux (Montmartre). — M. Sevestre. Visite tous les matins a 9 heures. Pavillon Archambault, salle Mollard et Simon (maladies aiguës). — Pavillon H. Roger (maladies contagieuses, rougeole, coqueluche, scarlatine). Pavillon Parrot (douteux). — Examen des nouveaux et conférences cliniques au lit des malades les mardis, jeudis et samedis. Consultations externes les lundis, mercredis et vendredis.

Hôpital Tenon. — Les médecins et chirurgiens de l'hopital Tenon commenceront, à partir du 4 novembre, des conférences cliniques, qui auront lieu a 10 h. 1/2 du matin, a l'amphithéâtre, sur les sujets suivants : *Lundi.* M. le Dr Lejars : leçons de *chirurgie abdominale.* — *Mercredi.* M. le Dr Broca : leçons de *chirurgie infantile.* — *Vendredi.* M. le Dr Bourcy : leçons de *Clinique medicale.* Maladies des enfants du premier âge. — *Samedi.* M. le Dr Le Gendre : leçons de *pratique medicale et de thérapeutique.*

Hôpital Saint-Antoine. — *Radiologie médicale.* — Le docteur A. Béclère, médecin de l'hopital Saint-Antoine, commencera le dimanche 3 novembre, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. Après chaque conférence : présentation et examen radioscopique des malades. *Exercices pratiques de radiographie.* Ces exercices ont lieu dans le Laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 fr. pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

Hôpital Tenon. — M. le Dr P. Le Gendre fera chaque samedi à 10 h 1/2, dans l'amphithéâtre, une leçon de *Pratique médicale.*

Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences sur les maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 17 novembre 1901, à 10 h. 1/2 du matin, et les continuera tous les Dimanches à la même heure.

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Maygrier, accoucheur. Visite tous les jours à 9 heures. Consultations pour les femmes enceintes tous les jours. Consultation spéciale pour les nourrissons le mardi à 9 heures. Les élèves bénévoles qui désirent faire des accouchements doivent se faire inscrire dans le service, qu'ils s'engagent à suivre, à l'exclusion de tout autre, au moins pendant un mois. Toutefois, pendant les deux périodes du stage trimestriel (du 1er décembre au 15 juin) leur nombre est subordonné à celui des stagiaires envoyés par la Faculté. L'enseignement comporte, outre la pratique des accouchements, pour laquelle les élèves sont mis en série, l'examen des femmes enceintes, la lecture des observations et des interrogatoires, des manœuvres sur le mannequin. Leçon clinique à l'Amphithéâtre Potain le jeudi a 10 heures.

Electricité médicale : Le Dr L.-R. Regnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera ses conférences le samedi 16 novembre, à 3 h. 1/2, au Laboratoire, et les continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. — *Sujet du cours* : Instruments employés pour l'électro-diagnostic et l'électrothérapie. Manuel opératoire. Applications de l'électricité aux maladies nerveuses et aux maladies de la nutrition.

Hôtel-Dieu. — *Clinique Ophtalmologique.* — M. Druault, chef de clinique, commencera le lundi 18 novembre, à 5 heures, des conférences sur *l'exploration et la médecine opératoire de l'œil.* — M. Monthus, chef de laboratoire, commencera le mardi 19 novembre, à 5 heures, des conférences pratiques sur *l'anatomie normale et pathologique de l'œil.* — Chaque cours durera 6 semaines : le premier aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, le second les mardis, jeudis et samedis. *S'inscrire d'avance*, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Hôpital Andral. — *Cours pratiques sur les maladies de l'estomac.* — Service de M. le docteur Alb. Mathieu. MM. les docteurs Jean Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation des maladies de l'estomac à l'hopital Andral, et A. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, commenceront, sous la direction de M. le Docteur Alb. Mathieu, un cours théorique et pratique sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Le cours sera complet en 20 leçons et aura lieu au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, quatre fois par semaine, à 5 heures 1/2 du soir, et commencera le 25 novembre courant. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique, et autres procédés de diagnostic) auront lieu par série de 5 élèves de 4 heures 1/2 à 5 heures 1/2, avant le cours. Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au Laboratoire de l'Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 heures a midi.

AVIS

Thèses de Doctorat.— *Toutes les thèses de doctorat, dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du journal, seront analysées.*

Tous les Abonnés du Progrès Médical *peuvent consulter les journaux de médecine, français et étrangers, reçus en échange, en prévenant deux jours à l'avance, tous les jours de 3 à 6 heures.*

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

En raison de l'importance de l'assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris le service des Enfants assistés et des Aliénés. Mais, en 1873, l'administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des Aliénés. Il s'ensuit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux administrations de l'assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés et aux hôpitaux départementaux, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année ; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe (1) pour Paris et la Seine, avec un Conseil *de surveillance* pour toute l'Assistance publique.

En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

Règlement du concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Par suite des modifications qui ont été introduites dans l'organisation de ce concours, nous croyons utile de reproduire en entier l'arrêté préfectoral en date du 15 novembre 1900.

Vu le projet de réglementation du concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, adopté par la Commission de surveillance desdits asiles dans ses séances des 8 novembre et 13 décembre 1898, 10 janvier et 7 février 1899, et portant modification de l'arrêté réglementaire du 8 mars 1880 ; — Vu le rapport du Directeur des Affaires départementales ; — Sur la proposition du Directeur du Personnel ; — Le Secrétaire général de la Préfecture entendu ; arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il sera ouvert, chaque année, à Paris, au mois de décembre, un concours public pour la nomination aux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. Les concours seront annoncés un mois à l'avance par des affiches apposées dans Paris, notamment aux abords de l'École de médecine et dans les hôpitaux et hospices.

ART 2. — Pourront prendre part au concours les docteurs en médecine munis du diplôme délivré par les Facultés de l'État et les étudiants en médecine possédant seize inscriptions de doctorat.

ART. 3. — Les candidats, pour être inscrits au concours, devront jouir de leurs droits civils et politiques et n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er décembre de l'année où aura lieu le concours. Ils devront produire les pièces suivantes à la Préfecture de la Seine, service des aliénés : 1° Expédition d'acte de naissance ; — 2° Extrait de casier judiciaire ; — 3° Certificat de revaccination (2) ; — 4° Certificat constatant seize inscriptions ou le grade de docteur en médecine, et, en outre, pour les étudiants en médecine, constatant qu'ils n'ont pas subi de peines disciplinaires graves ; — 5° Un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le Maire de la commune ou le commissaire de police du quartier ; — 6° Un certificat de l'Assistance publique indiquant les services hospitaliers du candidat et témoignant qu'il n'a pas subi de peines disciplinaires graves ; — La liste des candidats sera close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours.

ART. 4. — Le jury sera composé, par voie de tirage au sort, de sept membres, savoir : Quatre médecins en chef désignés parmi les médecins titulaires ou honoraires des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police ; un médecin en chef des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière ; un médecin des hôpitaux ; un chirurgien des asiles de la Seine, ou, à son défaut, un chirurgien des hôpitaux. — Le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins. La voix du Président est prépondérante.

ART. 5. — Dès que la liste des candidats sera close, les membres du jury seront tirés au sort par le délégué du Préfet de la Seine, assisté de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

ART. 6. — Les fonctions de membre du jury sont obligatoires ; nul ne peut en être relevé que pour une cause grave, et tout membre qui abandonnerait ses fonctions ou qui refuserait de faire partie du jury serait considéré comme renonçant désormais à siéger dans les concours.

ART. 7. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusques et y compris le sixième degré entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration

ART. 8. — Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° une composition écrite, de trois heures, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie). Il sera accordé trente points pour cette épreuve. Elle pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes ; — 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, après quinze minutes de préparation. Il sera accordé vingt points pour cette épreuve ; — 3° une épreuve orale de dix minutes sur une question de garde (1). Il sera accordé quinze points pour cette épreuve.

ART. 9. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury immédiatement avant l'ouverture de la séance. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, immédiatement avant d'entrer en séance. Les candidats qui doivent subir les épreuves orales sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

ART. 10. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par un des membres du jury. — Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le membre délégué du jury ; elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des concurrents. Tout concurrent qui s'est servi pour sa composition de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui en lisant sa composition, en a changé le texte primitif, est exclu du concours. Les épreuves orales sont publiques. Seront seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats admis au concours.

ART. 11. — A la fin de chaque séance, il sera donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués. — ART. 12. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves.

ART. 13. — Il pourra être nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires.

ART. 14. — Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen entreront en fonctions le 1er février de l'année suivante.

ART. 15. — La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année. Les fonctions d'interne dans les asiles sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou externe dans les hôpitaux, hospices ou autres établissements.

ART 16. — Les internes provisoires peuvent se représenter au concours pour les places d'internes titulaires, sous réserve des conditions exprimées dans l'article 3.

ART. 17.— La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait le 1er février de chaque année. Les internes de première année choisissent leurs places d'après l'ordre de classement. Pour les années suivantes, le choix se fait suivant l'ordre d'ancienneté.

ART. 18. — A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront soutenu leurs thèses pourront être autorisés à faire une quatrième année d'internat et ceux qui auront passé avec succès le concours de l'adjuvat pourront être maintenus en fonctions une cinquième année. Ces prorogations seront autorisées par décisions préfectorales sur demandes motivées du chef de service.

ART. 19. — Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service ; toutefois, cette règle ne sera pas appliquée aux internes prorogés. — ART. 20. Les traitements alloués aux internes sont fixés de la manière suivante :

(1) Pour parler plus exactement, il faudrait dire *quatre* administrations. En effet, la Préfecture de police dirige des établissements ressortissant dans une certaine mesure à l'Assistance publique et la Direction des affaires municipales a une série d'établissements qui auraient pu être légitimement rattachés à l'Assistance : asiles de nuit, refuges-ouvroirs, colonies agricoles, stations de voitures d'ambulances, asiles pour les femmes enceintes, etc.

(2) Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point, comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine, pour le concours de l'internat des hôpitaux : il ne devrait pas y avoir de décès par la variole dans les hôpitaux. Le ministre de l'instruction publique a enfin prescrit la revaccination de tous les étudiants en médecine ; cette mesure devrait être appliquée à tous les étudiants à l'entrée de toutes les Facultés.

(1) On doit entendre par « Question de Garde » une épreuve orale relative à la conduite immédiate à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

	Traitement
1re année	800 francs
2e —	1.000 —
3e —	1.200 —

Les internes qui, exceptionnellement, ne seraient ni logés, ni nourris dans l'établissement, recevront les indemnités représentatives de logement et de nourriture suivantes :

	Indemnité représentative de logement	Indemnité représentative de nourriture
1re année	600 francs	900 francs
2e —	600 —	900 —
3e —	600 —	900 —

Les internes reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement de 300 francs pour Villejuif et de 400 francs pour les asiles de Vaucluse, Ville-Évrard et Maison-Blanche. Les internes appelés à rester en fonctions après leurs trois années d'internat, par application de l'article 18, reçoivent un traitement de 1.400 francs pendant la quatrième année et de 1.600 pendant la cinquième. Ils continuent, comme pendant les trois premières années, à jouir des avantages en nature ou des indemnités représentatives ci-dessus suivant la situation de l'établissement auquel ils sont attachés.

Art. 21. — L'arrêté du 20 mars 1857 et le règlement sur le service de santé de l'Assistance publique sont applicables aux internes dans celles de leurs dispositions qui ne sont pas réglementées par le présent arrêté. Toutes les questions soulevées au cours des opérations du concours et qui ne pourraient être résolues par l'application pure et simple des règlements précités feront l'objet d'un vote du jury qui statuera à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du Président sera prépondérante.

Art. 22. — Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur des Affaires départementales et le Directeur du Personnel sont chargés d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution du présent arrêté.

Le prochain concours s'ouvrira le 2 décembre prochain, à midi précis, à la Préfecture de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures du lundi 4 au samedi 16 novembre 1901 inclusivement.

Ce concours a lieu également pour les *internes* de l'infirmerie spéciale des *aliénés* à la Préfecture de police. Ces internes recevront une indemnité de 1009 fr. Ils auront droit en outre au logement, au chauffage, à l'éclairage et à l'indemnité de nourriture, dans les proportions fixées par la Préfecture de police. L'emplacement des salles où auront lieu les diverses épreuves du concours sera indiqué ultérieurement.

Questions posées. — Voici les questions écrites et orales données aux concours de 1883 à 1899, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. — C. de 1883 : *Cordon postérieur de la moelle* (anatomie et physiologie). — C. de 1884 : *Nerf récurrent* (anatomie et physiologie). — C. de 1885 : *Racines des nerfs rachidiens.* — C. de 1886 : *Artères de l'encéphale ; circulation cérébrale.* — C. de 1887 : *Pneumogastrique* (anat. et physiologie). — C. de 1888 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiol.) — C. de 1889 : *Pie-mère ; liquide céphalo-rachidien* (anat. et physiologie). — C. de 1890 : *Nerf hypoglosse* (anat. et physiologie). — C. de 1891 : *Lobes frontaux et pariétaux du cerveau* (anat. et physiologie). — C. de 1892 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiologie). — C. de 1893 : *Nerfs moteurs de l'œil* (anat. et physiologie). — C. de 1894 : *Nerf spinal* (anat. et physiologie). — C. de 1895 : *Substance grise de la moelle*(anat. et physiologie). — C. de 1896 : *Plexus brachial* (anat. et physiologie). — C. de 1897 : *Nerfs de la main* (anat. et physiologie). — C. de 1898 : *Sillon de Rolando* (anat. et physiologie). — C. de 1899 : *Sympathique cervical* (anat. et physiologie). — C. de 1900 : *Anatomie et physiologie du faisceau pyramidal et des voies motrices.*

Questions orales. — Concours de 1885 : *Signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; — Fractures compliquées des jambes ; — Des symptômes des épanchements liquides de la plèvre ; — Des hydarthroses du genou ; — Symptômes et complications de la fièvre scarlatine ; — Des fractures de côtes.* — Concours de 1886 : *Symptômes et marche de la scarlatine régulière : anthrax ; — Signes et diagnostic de la première période de la phtisie pulmonaire ; — Fractures de la clavicule ; — Signes et diagnostic de la péritonite aiguë ; — Fractures de la rotule.* — Concours de 1887 : *Valeur séméiologique de l'hémoptysie ; — Signes et diagnostic des luxations de l'épaule ; — Causes et signes du pneumothorax ; — Fractures de la clavicule.* — C. de 1888 : *Luxation de l'épaule ; Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Fracture compliquée de la jambe ; Erysipèle de la face* (signes et diagnostic). — *Hernie crurale étranglée ; Rhumatisme articulaire aigu* (signes et diagnostic). — *Plaie pénétrante de l'abdomen* (symptômes et complications) ; *Typhlite.* — C. de 1889 : *Causes et diagnostic de l'hémoptysie ; symptômes et diagnostic de la hernie étranglée. — Scarlatine ; fracture du col du fémur. — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; Symptômes et diagnostic des anévrysmes externes. — Signes et diagnostic de la pleurésie purulente ; Plaies de la poitrine ;* — C. de 1890 : *Pneumonie du sommet ; panaris.* — Concours de 1891 : *Symptômes et diagnostic de l'endocardite ulcéreuse ; Symptômes et diagnostic de la fracture du col du fémur. — Complications de la scarlatine ; Symptômes et diagnostic du mal de Pott. — Symptômes et diagnostic de l'urémie ; Diagnostic des fractures de la base du crâne. — Symptômes et diagnostic de la gangrène pulmonaire ; Abcès rétro-pharyngiens.* — C. de 1892 : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë ; Hernie crurale. — Hémoptysie ; Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Insuffisance mitrale ; Fractures de côtes. — Pleurésie purulente ; Luxation de la mâchoire.* — C. de 1893 : *Signes et diagnostic de l'étranglement interne ; — Corps étrangers de l'œsophage ; — Ulcère rond de l'estomac. — Luxation de l'épaule en avant. — Pleurésie purulente ; — Fracture du col du fémur.* — C. de 1894 : *Urémie. Symptômes de diagnostic de l'insuffisance aortique. — Plaies de poitrine. — Pneumonie. (Symptômes et diagnostic). — Tumeur des bourses. — Cancer de l'estomac. — Abcès chauds.* — C. de 1895 : *Substance grise de la moelle : anatomie et physiologie. — Coliques néphrétiques. — Etranglement herniaire. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Rougeole (symptômes et diagnostic). — Cancer du rectum. — Tumeur blanche du genou. — Hématémèse.* — C. de 1896 : *Plexus brachial (anatomie et physiologie). — Signes et diagnostic des luxations de l'épaule en avant et en dedans. — Signes et marche de la cirrhose atrophique du foie. — Diagnostic et traitement de la pleurésie purulente. — Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Signes et diagnostic des plaies de poitrine. — Rétrécissement mitral.* — C. de 1897 : *Diagnostic des hémoptysies. — Luxation du maxillaire inférieur. — Symptomes et diagnostic des plaies pénétrantes de poitrine. — Erysipèle. — Etranglement herniaire. — Angine de poitrine. — Les brûlures.* — C. de 1898 : *Signes et diagnostic de l'urémie. — Etiologie, symptômes et diagnostic du tétanos. — Causes, signes et valeur diagnostique des hémorragies intestinales. — Signes, diagnostic et traitement des fractures du rocher. — Angine diphtérique. — Indications et manuel opératoire de la trachéotomie. — Chlorose. — Plaies de l'intestin.* — C. de 1899 : *Des crises gastriques. — Symptômes et diagnostic de la hernie étranglée. — Mal de Pott. — Pustule maligne. — Signes et diagnostic de la coxalgie. — Formes cliniques de l'urémie.* — C. de 1900 : *Symptômes, signes et diagnostic de l'embolie pulmonaire. — Diagnostic et traitement de la rétention d'urine. — Symptômes et marche de l'insuffisance aortique. — Diagnostic et complications des fractures de côtes. — Séméiologie des hémorrhagies intestinales. — Diagnostic de l'occlusion intestinale.* — Nous ne saurions trop encourager les candidats à organiser entre eux des *conférences* et non pas à la veille du concours, mais 8 ou 10 mois avant, ainsi que le font les candidats à l'internat des hôpitaux.

Médaille d'or de l'Internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui demande en vain depuis longtemps que les internes des asiles soient fournis par l'Assistance publique et appartiennent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est-à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage*. M. Hérold, préfet de la Seine, fit examiner cette proposition par une Commission spéciale qui émit un avis favorable. En conséquence, il fut pris un arrêté, que l'on trouvera tout au long dans le *Numéro des Etudiants* de 1886 (p. 937). Des concours pour la bourse de voyage ont donc eu lieu, savoir : le premier concours, le 23 novembre 1882 : M. le Dr Briand a obtenu la bourse avec 82 points, sur un maximum de 100 : le deuxième, le 3 novembre 1884, M. Vétault, interne à l'Asile-Clinique, a obtenu la bourse avec 83 points ; le troisième, le 15 novembre 1886 ; M. le Dr Pichon a obtenu la bourse avec 95 points. Le quatrième concours a eu lieu en novembre 1887. M. le Dr Arnaud a obtenu la bourse avec 89 points. Le cinquième concours a eu lieu le 3 novembre 1890, M. A. Marie a obtenu la bourse avec 96 points. Malheureusement, les crédits relatifs à la bourse de voyage ont été supprimés par le Conseil général dès 1891, dans sa séance, du 27 décembre. — Nous en avons demandé le rétablissement chaque année à la Commission de surveillance, qui a toujours émis un avis favorable, mais sans succès.

L'Internat en Pharmacie des Asiles.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1902 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine (Asile-Clinique, asile de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche). — Le concours annuel pour les places vacantes en 1902 aura lieu au mois de janvier prochain.

Personnel des Asiles d'Aliénés de la Seine.

I. — Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 911 lits. L'Asile-Clinique relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — *Directeur* : M. Maurice Guillot. — *Médecins, chefs de service*. M. Magnan (service de l'admission). MM. Dubuisson et Vallon (service de l'asile femmes et hommes). M. Dagonnet (chargé du service de la consultation et des bains externes). — *Pharmacien en chef* : M. le Dr Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Joffroy, remplissant les fonctions médicales et administratives de médecin en chef (arrêté ministériel du 13 avril 1897). Chefs de clinique : MM. les Drs Mignot et Mercier. Chef du laboratoire d'anatomie pathologique, M. le Dr Rabaud, MM. les Drs Dumas et Serveaux, attachés au laboratoire d'expérimentation physiologique. — M. Magnan, mercredi à 9 h. 1/2, service d'alimentation. L'organisation officielle du service dentaire à l'Asile, sous la direction de M. Poinsot, a été autorisée par délibération du Conseil général du 11 juillet 1887. Consultations gratuites tous les mercredis, à 10 h., dans la salle des consultations externes.

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne) (dix-huitième année). — Les cours ont lieu du mois de novembre au mois de juin, les lundis et vendredis, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre du service de l'admission. Ils commenceront au mois de novembre, à 8 h. du soir.

Hygiène, professeur : M. le Dr Dubuisson. — *Pansements et Appareils*, professeur : M. le Dr Mauclaire. — *Physiologie*, professeur : M. le Dr Vallon. — *Anatomie*, professeur : M. le Dr Vallon. — *Petite pharmacie*, professeur : M. Thabuis, pharmacien en chef de l'asile de Maison-Blanche. — *Administration*, professeur : M. le directeur honoraire. — Les personnes étrangères à l'établissement, qui désireront suivre ces cours gratuits, devront se faire inscrire tous les jours, de 10 h. à 4 h., à la direction de l'Asile, 1, rue Cabanis.

II. — Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), 953 lits. — *Directeur* : M. Balet. — *Médecins, chefs de service* : MM. les Drs Febvré (division des femmes) ; Marandon de Montyel (division des hommes) ; Legrain (quartier spécial des alcooliques). — *Pharmacien en chef* : M. Moureu, agrégé de l'Ecole de Pharmacie. — *Dentiste* : M. Hach, chirurgien-dentiste.

A côté de l'asile public, il existe un pensionnat qui est tout à fait distinct de l'asile et a pour médecin en chef : M. le Dr Sérieux.

III. — Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), 650 lits. — *Directeur* : M. Baudard. — *Médecins en chef* : M. le Dr Dupain (femmes), M. le Dr Vigouroux (hommes). — *Pharmacien en chef*: M. Valeur. — A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle contient actuellement 250 lits. M. le Dr Blin est médecin chef de service de la colonie. — *Dentiste* de l'Asile et de la Colonie : M. Martinier, chirurgien-dentiste.

IV. — Asile de Villejuif (Seine), 1.140 lits. — *Directeur* : M. Lucipia. — *Médecins chefs de service* : M. le Dr Marcel Briand (division des femmes, 2e section) ; M. le Dr Marie (division des hommes, 2e section): M. le Dr Toulouse (division des femmes, 1re section) M. le Dr Pactet (division des hommes, 1re section). — *Pharmacien en chef* : M. Requier. — *Dentiste de l'asile* : M. le Dr Capdepont.

V. — Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), affecté exclusivement aux malades femmes, 700 lits. — *Directeur* : M. le Dr Bonnier. — Médecins en chef : M. le Dr Taguet (1re section) M. le Dr Boudrie (2e section) Dentiste : M. Hach.

VI. — Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — *Directeur médecin en chef* : M. le Dr Pécharman. — *Médecin adjoint* : M. le Dr Truelle. — Colonie familiale d'Ainay-le-Chateau (Allier). — *Directeur-médecin* : M. le Dr Lwoff.

Chirurgiens des Asiles de la Seine : M. le Dr Pozzi, chirurgien consultant. — M. le Dr Picqué, chirurgien en chef. — M. le Dr Mauclaire, chirurgien adjoint.

ÉTABLISSEMENTS NATIONAUX

Maison nationale de Charenton.

Médecins en chef : MM. les Drs Christian et Ritti. — *Chirurgien* : M. le Dr Damalix. — *Directeur* : M. Strauss.

Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions. *Progrès médical*, Numéro 45, 1894). Le premier concours a eu lieu en 1886. Question écrite : *Nerf facial* (anat. et physiol. Epreuves orales : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* ; *Diagnostic de la hernie inguinale*. — Le 2e concours a eu lieu en mars 1887 ; le troisième concours le 18 juin 1889. Trois candidats s'étaient fait inscrire ; deux seulement se sont présentés. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : *nerf crural* ; *dure-mère crânienne*. Question orale : *symptômes de la fièvre typhoïde* ; *fractures du péroné*. Les autres questions étaient : *ulcère rond de l'estomac, symptômes et diagnostic* ; *pansement des plaies* ; *symptômes de la pneumonie gauche aiguë* ; *panaris*. — Le concours suivant a eu lieu le 22 avril 1890. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et se sont présentés; trois ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf cubital* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : *dure mère crânienne* ; *pneumogastrique*. Question orale : *symptômes et diagnostic de la rougeole, cathétérisme œsophagien*. Les autres questions étaient : *diagnostic de la pneumonie aiguë franche* : *luxation du maxillaire inférieur* ; *étiologie de la fièvre typhoïde* ; *rétention d'urine*. — Un autre concours a eu lieu le 25 décembre 1891. Cinq candidats inscrits ; quatre ont subi les épreuves et ont été déclarés admissibles : le concours a été remarquablement brillant. Question écrite. *Bulbe rachidien* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *nerf spinal*, et *nerfs de la langue*. Question orale : *Pneumonie* ; *hernie étranglée* (signes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la colique hépatique* : *Fracture du col du fémur* ; *Insuffisance mitrale* ; *Entorse*. — Deux concours ont eu lieu en 1895 : l'un le 16 avril et l'autre le 26 juin. Au premier, deux candidats seulement s'étaient fait inscrire : un seul s'est présenté et a été déclaré admissible. Question écrite : *Nerf sciatique* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Lobes frontaux et cordons postérieurs de la moelle*. Question orale : *Symptômes de l'hémorragie cérébrale* ; *Fracture des côtes* (symptomes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Etiologie et symptômes de la fièvre typhoïde* ; *Entorse tibio tarsienne* ; *Diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie* ; *Rétention d'urine*. — Au concours du 26 juin, onze candidats s'étaient fait inscrire : neuf ont pris part à la première épreuve et sept à la seconde : cinq ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Cordons postérieurs de la moelle* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Le ventricule* ; *nerf facial*. Question orale : *Coliques hépatiques* ; *Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire*. Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde*, *fractures du rocher* ; *Erysipèle de la face* ; *Rétrécissement de l'urèthre*. — Au concours qui a eu lieu le 22 mai 1898, neuf candidats s'étaient fait inscrire : cinq ont pris part à la première épreuve et quatre à la seconde : quatre ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Nerf phrénique* : *cordons postérieurs de la moelle*. Question orale : *Diphtérie, diagnostic et traitement* : *Luxations de l'épaule*. Les autres questions étaient : *Cirrhose du foie*, *fractures du péroné* : *Goitre exophtalmique*, *hémorrhoïdes*. — Au concours qui a eu lieu le 28 novembre 1899. Dix candidats s'étaient fait inscrire ; sept ont pris part à la première épreuve, ainsi qu'à la seconde ; tous les sept ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Plexus lombaire*. Les questions restées dans l'urne étaient : *Lobe occipital* ; *nerf glossopharyngien*. Question orale : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie* : *hydrocèle vaginale*. Les autres questions étaient : *Etiologie et diagnostic de la fièvre typhoïde*. *Hématémèse et mal de Pott*. Un nouveau concours aura lieu avant la fin de 1901. La date en sera fixée très prochainement.

On trouve, chez le concierge de la Faculté de Médecine et à la Maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme de ce concours.

Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Entrée rue Moreau, no 13, près la Bastille Tous les jours, à midi et demi, consultations et opérations.

Les conférences cliniques recommenceront le 1er février 1902 et porteront sur toute l'ophtalmologie.

Des affiches ultérieures, apposées un mois à l'avance dans les hôpitaux de Paris, indiqueront les sujets traités par les médecins de la clinique, ainsi que les jours et heures des conférences.

Institution nationale des Sourds-Muets

Rue Saint-Jacques, n° 254. — *Directeur*, M. Désiré GIRAUD. — *Service de santé* : M. le Dr Charles LEROUX, médecin : M. le Dr TSCHERNING, médecin-oculiste ; M. le Dr JARRE, médecin-dentiste.

Clinique Otologique. — Une clinique otologique est annexée à l'Institution nationale des Sourds-Muets. — Chirurgien chef du service : M. le Dr MÉNIÈRE. — Médecins-adjoints : MM. les Drs CASTEX et GROSSARD. — Chef de clinique : M. OZUN. — Cette clinique a en moyenne 3.000 malades chaque année, et donne environ 15,000 consultations. Les consultations ont lieu les mardis, jeudis et samedis, le matin à 9 heures (1).

Institution nationale des Jeunes Aveugles

Boulevard des Invalides, 56. — *Directeur*, M. ROBIN. — Médecin : M. le Dr CLAISSE; médecin-oculiste : M. le Dr LANDOLT ; M. HARTWICK, dentiste. — L'enseignement pour les élèves comprend spécialement : la musique et les arts qui s'y rattachent et des ateliers de travaux manuels, tels que la fabrication du filet, le cannage et l'empaillage des sièges, le tour, etc.

Asiles de convalescence de Saint-Maurice, du Vésinet, Asile Vacassy

A. DES CONVALESCENTS (ancien asile de Vincennes), (hommes) (420 lits). — *Directeur* : M. le Dr BOURRILLON. *Médecins* : MM. BLOCH et DEFLAU. 3 internes nommés au concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils ne sont pas logés. Leur traitement est de 1.500 fr. la 1re année : 1 600 fr. la 2e ; 1.700 fr. la 3e. Ils ont le déjeuner, même le jour où ils ne sont pas de garde.

A. VACASSY, (hommes) — A côté de l'asile des convalescents, se trouve l'Asile Vacassy, créé en exécution d'un décret du 30 juin 1876, et au moyen du legs universel fait par M. Vacassy, pour fonder « une maison de secours, aux victimes d'accidents *dans Paris*, soit par les voitures, incendies, soit aux ouvriers dans les travaux de construction des bâtiments, soit dans les fabriques ou enfin de quelque nature que ce soit. » Quatre dortoirs de 14 lits chacun sont organisés et occupés. — La direction et le service médical sont confiés au personnel de l'Asile des convalescents.

A. DU VÉSINET (femmes) —*Directeur* : M. CHABANEL. —*Médecin résident* : M. CAPMAS ; *Médecin adjoint* : M. CALBET (de Chatou). 400 lits. — Pas d'internes, en raison de la présence d'un médecin résident. Un quartier pour mères-nourrices.

POLICLINIQUE DE PARIS.

44, rue Monsieur-le-Prince.

Après bientôt douze années d'existence, la Policlinique de Paris s'est vu forcée, par le nombre même des consultants, à s'installer dans des locaux plus vastes que ceux qu'elle occupait jusqu'ici rue Antoine-Dubois, où elle n'a plus aucun service.

Cette translation — en plein quartier des Ecoles — a permis à cette institution de donner un peu plus d'extension à l'enseignement médical proprement dit. Le nombre des malades qui fréquentent la Policlinique constitue une riche collection de matériaux cliniques, qu'il serait coupable de ne pas mettre en œuvre dans l'intérêt de la médecine. Aussi ne saurions-nous trop engager les étudiants à aller y parfaire leur instruction sur certaines branches de notre art, parfois trop négligées, comme la médecine d'enfants, la médecine mentale, la dermatologie, l'ophtalmologie, la laryngologie, l'otologie et la rhinologie, etc. Du reste, notre bagage médical se composant surtout de choses vues, nous ne devons négliger aucune occasion pour l'accroître, même et surtout dans le domaine de la médecine ou de la chirurgie courante.

La Policlinique aura donné cette année le chiffre respectable de trente mille consultations ; aussi, grâce à cette fréquentation par les malades de toutes sortes, a-t-elle pu trouver les matériaux nécessaires à une publication scientifique mensuelle, les *Annales de la Policlinique*. On s'imagine les ressources que possède la Policlinique pour faire de l'enseignement pratique de la médecine. Cet enseignement comprendra cette année, comme l'an dernier, deux ordres d'exercices, les entretiens cliniques et les conférences.

Les entretiens cliniques, véritables leçons de choses, ont lieu au moment des consultations : les étudiants y sont exercés à l'examen et au traitement des malades. Un laboratoire permet les recherches cliniques et microscopiques.

Les conférences ont pour objet un sujet limité, traité en un certain nombre de séances. Voici du reste le programme pour le premier semestre de cette année 1901-1902 :

Consultations.

MÉDECINE. —*Maladies du cœur et des reins*, Dr KORTZ, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2. — *Maladies du système nerveux* et *Maladies mentales et nerveuses*, Dr L. LEGRAIN, vendredi, 4 h. du soir. — *Maladies des enfants*, Dr H. GILLET, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. du soir. — *Maladies de la peau et syphilis*, Dr BUTTE, mardi, jeudi, samedi, à 6 h. *Electrothérapie*, Dr PEYROU, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. du soir.

CHIRURGIE. — *Chirurgie générale et voies urinaires*, Dr A. BRAINE, lundi, vendredi, 4 h. 1/2. — *Gynécologie, accouchements*, Dr A. OLIVIER, mardi, jeudi, samedi, 3 h. — *Ophtalmologie*, Dr WUILLOMENET, lundi, mercredi, vendredi, 3 h. ; Dr TSCHERNING, mardi, samedi, 11 h. du matin. — *Maladies de la bouche et des dents*, Dr MOIROUD, lundi, mercredi, samedi, 5 h. 1/2 du soir. — *Laryngologie, otologie, rhinologie*, Dr COURTADE, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures,

Conférences.

Dr LEGRAIN. Des psychoses alcooliques. — Dr H. GILLET. Les grandes médications de l'enfance. — Dr BUTTE. La thérapeutique de la syphilis. — Dr BRAINE. Rétrécissements urétraux. — Dr KORTZ. Les cardiopathies artérielles. — Dr OLIVIER. L'électricité en gynécologie. — Dr TSCHERNING. Notions de physique ophtalmologique ; démonstration (au laboratoire de la Sorbonne). Cours expérimental d'optique physiologique. — Dr WUILLOMENET. Maladies externes de l'œil ; exercices ophtalmoscopiques. — Dr COURTADE. Maladies du larynx. — Dr MOIROUD. Dentisterie opératoire. — Dr PEYROU. L'électricité médicale. — Une affiche spéciale annoncera pour chaque cours la date d'ouverture précise.

Les étudiants en fin d'études pourront recueillir à la Policlinique des matériaux pour la confection de leur thèse inaugurale et faire des recherches au laboratoire dans le même but. L'installation encore modeste de cet établissement est cependant aujourd'hui suffisante.

HOPITAL INTERNATIONAL DE PARIS

180 rue de Vaugirard (XVe arrondissement).
40 lits.

Chirurgie générale et spéciale.— : M. le Dr BILHAUT, les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures. — *Maladies de l'estomac, des intestins et du foie* (clinique personnelle) : M. le Dr Paul CORNET, dimanche, mercredi, vendredi, de 9 à 11 heures. — *Maladies des voies respiratoires et du cœur* : M. le Dr Félix FRÉBAULT, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures. — *Maladies du nez, de la gorge et des oreilles* : M. le Dr LACAZE, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. — *Radioscopie et radiographie* : M. le Dr Maurice LENOIR, lundi mercredi et samedi, à 5 heures. — *Maladies de la peau et des voies urinaires* : M. le Dr LOISEL, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures.

Consultations, opérations et soins gratuits pour les indigents. *Cours de chimie médicale*. Directeur de l'établissement chirurgical : Dr BILHAUT, locataire principal de l'immeuble.

POLICLINIQUE H. DE ROTHSCHILD

82, rue de Picpus.

La Policlinique H. de Rothschild a été créée en 1896 par le Dr H. de ROTHSCHILD. Cet établissement, bien que situé sur un terrain appartenant à l'hôpital Rothschild, est tout à fait distinct de ce dernier.

La Policlinique H. de Rothschild est dirigée par son fondateur qui en supporte seul tous les frais. On y donne des consultations gratuites tous les jours : le matin de 8 heures à midi et certains jours l'après-midi de 1 à 4 heures. Un certain nombre de malades y sont hospitalisés ; 4 lits sont réservés pour les hommes et 4 pour les femmes, plus 6 berceaux pour les enfants nouveau-nés.

Le service médical est dirigé par le Dr Henri de ROTHSCHILD, secondé par MM. les Drs BONNIER pour le *larynx, le nez et les oreilles*, PÉCHIN, pour les *yeux*, CHARRIER pour la *gynécologie*, DUCROCQUET pour l'*orthopédie* et la *gymnastique médicale*, Léopold LÉVY pour les *maladies nerveuses et mentales*, BAILLET et ECHARDT pour la *médecine générale*. M. H. de ROTHSCHILD s'occupe plus particulièrement des *maladies de l'enfance et des nourrissons*.

On distribue chaque matin des médicaments gratuits et de grandes quantités de lait stérilisé aux enfants pauvres. — Le service de la *pharmacie* est confié à un pharmacien de première classe, M. VALENSI. Deux internes reçus au concours assistent aux consultations et aux opérations et sont chargés plus particulièrement du

(1) Des ateliers de typographie, de sculpture sur bois, de menuiserie, de cordonnerie, de tailleurs, fonctionnent dans l'établissement. L'horticulture est également enseignée.

laboratoire de bactériologie et de chimie. Le service de la *photographie* est confié à M. Méheut, photographe de l'hôpital Saint-Louis.

Le nombre des malades traités est d'environ trois mille par an ; le nombre des consultations de 25 à 30.000. Les médecins et les étudiants peuvent assister aux consultations ; la directrice, Mme Perrochaud, est autorisée à laisser visiter la maison de deux à quatre heures.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Cours libres. — *Autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1901-1902, par le Conseil de l'Université de Paris, le 8 juillet 1901.* — M. le Dr Bonnet (Léon) : Les découvertes modernes et leurs applications aux sciences médicales. Samedi, à 8 heures du soir. Amph. Cruveilhier. — Samedi, 30 novembre 1901. — M. le Dr Boureau. Prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Mercredi, à 5 heures. Amph. Cruveilhier. — Mercredi, 20 novembre 1901. — M. le Dr Lavaux. Affections des voies urinaires, Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. Amph. Cruveilhier. — Mardi, 5 novembre 1901.

Clinique Apostoli-Laquerrière (15, rue Montmartre). — Conformément aux dispositions testamentaires du Dr Apostoli, sa clinique a pris le nom de « Clinique Apostoli-Laquerrière ». Comme par le passé, les portes en sont largement ouvertes aux médecins et étudiants. M. Laquerrière continue à leur usage les mardis, jeudis et samedis, de 5 à 6 heures, l'enseignement clinique de l'électrothérapie suivant l'habitude du Dr Apostoli. — Mardi, *médecine générale.* — Jeudi, *gynécologie.* — 1er et 3e samedi de chaque mois, *radioscopie et radiographie.*

Conférences de déontologie. — MM. les Drs P. Le Gendre et G. Lepage commenceront leurs conférences de déontologie médicale le lundi 25 novembre à 8 heures 1/2 du soir (petit amphithéâtre de la Faculté) et les continueront les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique ophtalmologique. — M. le Dr Kœnig, 5, rue du Cherche-Midi, 5. Tous les jours de 1 h. 1/2 à 3 heures. Les jeudis et samedis, exercices ophtalmoscopiques. Démonstrations pratiques. MM. les étudiants et docteurs en médecine seront admis gratuitement sur la présentation de leurs cartes.

Cours de Chimie digestive. — M. le Dr Paul Cornet a commencé, le lundi 22 octobre, à 10 heures, à son Laboratoire, 180, rue de Vaugirard, pour continuer les jeudis et lundis suivants, à la même heure, une série de 18 leçons sur *l'exploration interne de l'estomac* (tubage, chimisme), et sur les applications de la chimie biologique à l'étude normale et pathologique de la fonction digestive. Le nombre des élèves est limité. On s'inscrit tous les jours, 180, rue de Vaugirard.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Ch. Abadie, 18 rue du Dragon. Jeudi : Leçon clinique et opérations, à 2 heures, par le Dr Ch. Abadie ; mardi et samedi : conférences d'Ophtalmologie, par le Dr Dupuy-Dutemps, chef de clinique.

Ophtalmologie. — M. le Dr Landolt fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de midi 1/2 à 2 h. à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr Emile Berger, 3, rue Anatole-de-Laforge. Conférences sur les rapports de l'ophtalmologie avec la pathologie générale, les lundi, mercredi et vendredi de 9 à 10 heures du matin.

Maladies des yeux. — M. le Dr Albert Terson, les jeudis à 4 heures, à l'hôpital Péan, 9 rue de la Santé, examen des malades et conférence clinique et opératoire. — Cours privés de chirurgie oculaire à la clinique, 52, rue Jacob. S'inscrire de 1 à 2 heures, à la clinique.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Duboys de Lavigerie, 76, rue St-Dominique. Leçons cliniques et théoriques tous les jours, à 2 h. sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire. — Ophtalmométrie. Réfraction et Ophtalmoscopie.

Maladies des yeux. — Dr Jocqs, 15, rue Malebranche. Clinique et cours théorique les lundis, mercredis, vendredis, à 3 heures.

Ophtalmologie. Clinique des maladies des yeux. — M. le Dr Galezowski, 41, rue Dauphine. Consultations et opérations les lundis, mercredis et vendredis, de 1 à 3 heures. Examen ophtalmoscopique les jeudis. A partir du mois de décembre M. Galezowski fera des conférences cliniques les lundis, entre 2 et 3 heures.

Clinique ophtalmologique. — MM. les Drs de Wecker et Masselon, 55, rue du Cherche-Midi. — Cours cliniques et opérations par le Dr de Wecker, les lundi et jeudi, de 4 à 5 h. 1/2.— Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire, par les Drs Masselon et Laignier, chefs de cliniques.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx — Clinique de M. le Dr Baratoux, rue St-André-des-Arts 33. Exercices pratiques par les élèves les mardis et samedis de 4 à 6 heures. Conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi à 5 heures à partir du 12 novembre.

Laryngologie. Otologie. — M. le Dr Madeuf, bi-licencié ès sciences, a créé, depuis 1890, une clinique exclusivement pour l'enseignement pratique. Les élèves font eux-mêmes les *opérations* et les pansements du nez, du larynx, de la gorge et des oreilles. 82, Bd Port-Royal. Avril et Mai. Lundi, vendredi.de 4 à 6 heures.

Otologie. — M. le Dr Gellé père — Le samedi, à 9 h., à la Salpêtrière, service de M. le Pr Raymond. Dr G. Gellé fils, assistant.

— M. le Dr G. Gellé fils. — Le mercredi, à 9 h. 1/2, à l'*Asile clinique* (Sainte-Anne), service de M. le Pr Joffroy.

Cours pratique de Technique microscopique et de diagnostic d'histologie normale et pathologique. — Le Dr Latteux, chef du Laboratoire de l'hôpital Broca, fait son cours tous les jours, excepté le samedi, de 4 h. à 6 heures, dans son Laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

Cours de Technique bactériologique. — Essentiellement pratique, comme le précédent, il a lieu, tous les jours, excepté le samedi, de 2 h. à 4 h. Etude des principaux microbes (tuberculose, choléra, fièvre typhoïde, peste, pneumonie, etc.) Méthodes de coloration. Méthodes de stérilisation. Analyses de produits pathologiques. Inoculation, etc.

Dans ces deux cours, les élèves font une série de préparations qui servent de types et qui restent leur propriété, le cours terminé. De nouveaux cours commenceront le 15 novembre prochain. On s'inscrit au Laboratoire du Dr Latteux, de 4 h. à 6 h.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Lavaux, Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), à partir du mardi 5 novembre 1901.

Maladies nerveuses. — Hypnotisme. — M. le Dr Berillon, médecin inspecteur des aliénés de la Seine, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le jeudi 21 novembre, à 10 heures du matin, à l'Institut-psycho-physiologique 49, rue Saint-André-des Arts, un cours libre sur les applications de *l'Hypnotisme à la pédagogie des anormaux.* Il les continuera les jeudis suivants.

Enseignement de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique. — L'Institut psycho-physiologique de Paris, 49, rue Saint-André-des-Arts, fondé en 1889 pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, et placé sous le patronage de savants et de professeurs autorisés, est destiné à fournir aux médecins et aux étudiants un enseignement pratique permanent sur les questions qui relèvent de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique — L'organisation de l'Institut psycho-physiologique en fait à la fois une Ecole pratique de psychothérapie et un laboratoire de psychologie expérimentale. Une clinique, de maladies nerveuses (dispensaire neurologique et pédagogique) est annexée à l'Institut psychologique. Des consultations gratuites ont lieu les mardis, jeudis et samedis, de 10 h. à midi. Les médecins et étudiants régulièrement inscrits sont admis à y assister et sont exercés à la pratique de la psychothérapie. Tous les jeudis, à 10 h. 1/2, M. le Dr Bérillon, inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, y complète son cours à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (semestre d'été) par des conférences sur les applications cliniques et pédagogiques de l'hypnotisme. Il est secondé dans ses démonstrations cliniques par MM. les Drs Bianchi et Paul Farez, et dans ses démonstrations de psychologie expérimentale par MM. Charles Verdin, Branly, A. Guimbeau et Lépinay. — Pendant le semestre 1901-1902, des cours et des conférences seront faits, les lundis à 5 heures, par MM. Bérillon et P. Maguin, les mardis par M. Farez et Mme Anna Wycroskorosd, les mercredis par MM. Lépinay et Lemesle, les jeudis par MM. Bérillon et Bellemanière, les vendredis par MM. F. Regnault et Caustier. Un musée psychologique et une bibliothèque sont annexés à l'Ecole.

Ecole française d'Orthopédie et massage. — M. le Dr Archambaud a repris ses cours à l'Ecole française d'orthopédie et massage, le mercredi 6 novembre, à six heures du soir, et les continue les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure. Se faire inscrire les lundi, mercredi et vendredi, de 4 h. à 6 heures, à l'Ecole, rue Cujas, 21. Les docteurs en médecine français sont admis gratuitement à ces cours ainsi qu'aux démonstrations pratiques qui ont lieu aux heures de consultation. Les étudiants en médecine ne payent que la moitié des frais d'inscription pour les cours.

Thérapeutique du mal de mer. — La ligue contre le mal de mer fera, à partir de février, en son *local spécial* de petites conférences sur les moyens de traitement contre le mal de mer. Ces conférences seront à l'usage des étudiants et des médecins qui se destinent à la navigation et des personnes qui souffrent du mal de mer. Les élèves apprendront la manière de se servir des appareils et des produits qui ont été envoyés de tous les points du monde à l'exposition de la Ligue. S'inscrire 82, Bd Port-Royal, Paris Ve, pour être prévenu directement. La ligue envoie franco son journal à qui en fait la demande.

Anthropologie criminelle et pathologie mentale. — M. le Dr DUBUISSON, médecin en chef de l'Asile clinique fait chaque année, à partir de janvier, un cours de médecine légale, qui est ouvert aux étudiants en médecine comme aux étudiants en droit. Ce cours, qui porte sur l'anthropologie criminelle et la pathologie mentale et traite spécialement les questions de responsabilité et de capacité, a lieu à la Faculté de Droit, place du Panthéon.

Infirmerie spéciale de Saint-Lazare

Cours élémentaires de syphiligraphie, vénéréologie, gynécologie. — 1er semestre, janvier, février : 2e semestre, mai, juin. Ces cours auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 9 heures 1/2, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, 107, faubourg Saint-Denis. Ils sont destinés aux docteurs en médecine et aux étudiants munis de 16 inscriptions. Des affiches annonceront le début des cours.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE.

Ecole d'Application du Service de santé militaire.

Année 1901-1902.

Directeur : M. le médecin inspecteur KELSCH.
Sous-Directeur : M. le médecin principal PIERROT.

MÉDECINS AIDES-MAJORS ÉLÈVES ET MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale : MM. les Professeurs chefs des services médicaux. — *Clinique chirurgicale* : MM. les professeurs chefs des services chirurgicaux. — *Clinique spéciale (ophtalmologie, otologie, laryngologie)*: M. CHAVASSE, professeur. — *Cliniques des maladies vénériennes et cutanées* : M. TOUBERT, professeur agrégé.

Cours.

Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire : M. MIGNON, professeur. — *Hygiène militaire* : M. LEMOINE professeur. — *Epidémiologie* : M. VAILLARD, professeur. — *Chirurgie spéciale, service de santé en campagne* : M. CHAVASSE, professeur. — *Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires* : M. ANTONY. — *Chirurgie d'armée* : M. NIMIER, professeur. — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie* : M. GEORGES, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène, vaccination : M. FERRIER, professeur agrégé. — *Conférences de blessures de guerre, exercices de diagnostic chirurgical, radiographie* : M. JACOB, professeur agrégé. — *Conférences d'épidémiologie* : M. SIMONIN, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques, exercices de médecine opératoire* : M. BONNET, professeur agrégé. — *Exercices d'ophtalmoscopie, bandages et appareils, manœuvres d'ambulance* : M. TOUBERT, prof. agrégé. — *Conférences de législation et administration militaires, de médecine légale et autopsies, exercices de diagnostic médical* : M. BERNARD, professeur agrégé. — *Anatomie pathologique et microbie* : MM. VAILLARD, professeur, et SIMONIN, professeur agrégé. — *Manipulations chimiques* : M. BAYRAC, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES. — **Cours et conférences.**

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie : M. GEORGES, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité* : M. BAYRAC, professeur agrégé. — *Hygiène* : M. LEMOINE professeur. — *Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires* : M. ANTONY, professeur. — *Analyses chimiques et matière médicale* : M. BAYRAC, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. SIMONIN, professeur agrégé. — *Exercices et travaux pratiques* : MM. GEORGES, professeur et BAYRAC, professeur agrégé.

Ecole pratique des Hautes Etudes.

(Nouvelle Sorbonne.)

PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE. — M. Jules SOURY, directeur d'études et professeur, traitera, à partir du 6 novembre, des *Centres corticaux, des images mentales* (centres d'association), les lundis, à 5 heures ; il exposera tous les vendredis, à la même heure, la *Théorie actuelle des neurones*.

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Asile de Villejuif (tramway du Châtelet), annexé au service de M. TOULOUSE, directeur. Chef des travaux : M. N. VASCHIDE. Les élèves sont exercés, sous la direction de M. Vaschide et d'autres spécialistes, à l'examen des malades et aux diverses manipulations de la psychologie expérimentale. Des conférences, dont le programme sera ultérieurement publié, seront faites par le directeur, M. Toulouse, et ses collaborateurs. On est prié de se faire inscrire au préalable pour prendre part aux travaux pratiques, qui sont gratuits.

COLLÈGE DE FRANCE

Cours d'Anatomie générale. — M. RANVIER, professeur, M. SUCHARD, suppléant (traitera des organes de la respiration : les mercredis et vendredis, à 5 heures (salle n° 2).

Laboratoire d'Histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. RANVIER directeur ; M. MALASSEZ, directeur-adjoint : MM. DARIER, JOLLY, ZACHARIADES, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. Il est fait, de plus, deux Cours particuliers par M. Jolly :

1° Sur la technique histologique, en avril et mai ;

2° Sur l'histologie normale et pathologique du sang. Ce dernier commencera le 7 novembre, aura lieu les mardis, jeudis et samedis, il durera un mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 heures à 4 heures.

Cours de Médecine. — Professeur : Dr D'ARSONVAL ; préparateur : Dr CHARRIN. Pendant le semestre d'hiver : M. d'Arsonval sera remplacé par le Dr Charrin qui traitera de l'évolution des maladies, les mercredis et vendredis, de 5 à 6 h.

A la chaire de médecine sont annexés deux laboratoires des hautes études : 1° *Laboratoire de physique biologique* : Directeur M. D'ARSONVAL : directeur-adjoint, Dr HÉNOCQUE ; chef des travaux, Dr ROUSSY : préparateur, Dr F. GUYON : 2° *Laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie* : Directeurs : MM. D'ARSONVAL et CHARRIN. Ces laboratoires ne sont pas publics.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. MAREY, professeur : M. FRANÇOIS FRANCK, suppléant, traitera des manifestations intérieures et extérieures des émotions, critique des théories. Mercredi et vendredi, à 3 h. 3/4 (salle n° 7).

Laboratoire de Physiologie pathologique (Ecole pratique des hautes études). — M. FRANÇOIS FRANCK, directeur ; M. HALLION, chef des travaux ; M. LAMY, préparateur. Ce laboratoire, ouvert les lundis, mardis et samedis, est un laboratoire de recherches.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. HENNEGUY, professeur, traitera de l'embryogénie comparée des Vers et des Mollusques, les mardis de 5 à 5 h., les samedis de 3 a 4 heures.

Laboratoire d'Embryogénie. — M. HENNEGUY, directeur. Ce laboratoire n'est pas public.

Cours de Chimie organique. — M. BERTHELOT, professeur, sera remplacé par M. MATIGNON.

Cours de Chimie minérale. — M. LE CHATELIER, professeur, traitera des principes généraux de l'analyse chimique minérale, les lundis et mardis à 3 h. 1/2.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Le Chatelier sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre : nous compléterons, en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

Le laboratoire maritime de Concarneau est annexé au College de France. MM. D'ARSONVAL, MAREY, RANVIER, directeurs, M. FABRE-DOMERGUE, directeur-adjoint ; M. BIÉTRIX, préparateur. Ce laboratoire est ouvert de juin a fin septembre : s'adresser a l'un des directeurs ou au directeur-adjoint.

Archives d'anatomie microscopique publiées par MM. RANVIER et HENNEGUY.

Le Numéro des Etudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance, pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902.

Cours du premier Semestre.

Les cours s'ouvriront à la Sorbonne, le lundi 4 novembre 1901.

Géométrie supérieure : Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. G. DARBOUX, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 6 novembre. Il traitera des principes généraux de la géométrie infinitésimale. — *Calcul différentiel et calcul intégral* : Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. GOURSAT, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le lundi 4 novembre. Il traitera des opérations du Calcul différentiel et intégral et de leurs applications géométriques. — *Mécanique rationnelle* : Les mercredis et vendredis, à 10 h. 3/4. M. APPELL, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mercredi 6 novembre. Il traitera des lois générales de l'équilibre et du mouvement. — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. H. POINCARÉ, professeur, ouvrira ce cours le lundi 4 novembre. Il traitera des différentes manières de calculer les perturbations des petites planètes et en particulier des méthodes de Gylden et de Hansen. — *Calcul des probabilités et physique mathématique* : Les mardis et samedis, à 10 h. 1/4. M. BOUSSINESQ, prof. ouvrira ce cours le mardi 5 novembre. Il exposera la théorie mécanique de la lumière (équations du mouvement vibratoire de l'éther libre. De l'éther des corps transparents. — Constitution d'un pinceau de lumière dans un milieu homogène soit isotrope, soit biréfringent. — Réflexion et réfraction d'un tel pinceau à la limite commune de deux milieux transparents. — Sa réflexion à la surface d'un corps opaque. — *Mécanique physique et expérimentale* : Les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. M. G. KŒNIGS, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 5 novembre. Il traitera de la cinématique des corps solides ou déformables. — Application à l'étude des machines. — *Physique* : Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. BOUTY, professeur, ouvrira ce cours le mardi 5 novembre. Il traitera de l'optique. Des manipulations et des conférences, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Physique* (Fondation de l'Université de Paris) : Les jeudis, à 4 h. M. PELLAT, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 7 novembre. Il traitera : 1° de l'acoustique ; — 2° de la thermodynamique.— *Chimie* : Les mardis et samedis à 10 h. 1/2. M. H. MOISSAN, professeur, ouvrira ce cours le mardi 5 novembre. Il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons ; il traitera de la classification des corps simples, puis il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie. — *Chimie* : Les mercredis et vendredis à 2 h. M. DITTE, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 6 novembre. Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales. Des manipulations, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Chimie biologique* : Les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2. M. DUCLAUX, professeur, ouvrira ce cours à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25, le mardi 5 novembre. Il étudiera les phénomènes diastasiques et microbiens de la digestion. — *Zoologie, anatomie et physiologie comparées*. Les jeudis, à 4 h. et les vendredis, à 2 h. 1/2. M. Y. DELAGE, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 7 novembre. Il traitera des articulés et des vertébrés. M. LABBÉ, chef des travaux pratiques, fera, dans le laboratoire, le jeudi, à midi et demi, des conférences sur les sujets relatifs aux examens du certificat d'études supérieures de zoologie, suivies, de 1 h. à 4 h., de manipulations sur les mêmes sujets. — *Evolution des êtres organisés* (Fondation de la Ville de Paris) : Les mercredis, à 2 h. et les samedis, à 11 h. M. GIARD, professeur, ouvrira ce cours, rue de l'Estrapade, n° 18, le mercredi 6 novembre. Il traitera du métabolisme évolutif chez les métazoaires. Le samedi, le professeur étudiera les facteurs secondaires de l'évolution : sélection naturelle, ségrégation : halmotogenèse, etc. Les travaux pratiques d'embryologie générale auront lieu, sous la direction du professeur, les lundis, à deux heures, au Laboratoire, rue d'Ulm, n° 3. — *Histologie* (Fondation de l'Université de Paris) : Les mercredis, à 9 h. 1/4, et les samedis à 9 h. 3/4. M. J. CHATIN, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 6 novembre. Il traitera des tissus : puis il étudiera les organes des sens dans les principaux groupes zoologiques. Les travaux pratiques de cytologie et d'histologie comparée auront lieu les mardis, de midi et demi à 3 h. dans le laboratoire, sous la direction du professeur. — *Botanique* : Les mardis et vendredis, à 4 h. M. G. BONNIER, professeur, ouvrira ce cours le mardi 5 novembre. Il traitera des principaux groupes des plantes phanérogames. Les travaux pratiques et les manipulations de botanique auront lieu les mardis, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans le laboratoire, sous la direction du professeur. Les manipulations de physiologie végétale auront lieu les mercredis, de 8 h. 1/2, à 11 h. 1/2. — *Géographie physique* : Les mardis, à 1 h. 3/4, et les samedis à 10 h. 1/2. M. Ch. VÉLAIN, professeur, ouvrira ce cours le mardi 5 novembre. Conditions générales du modelé terrestre avec étude spéciale de l'Amérique. Développement des questions portées à la première partie du programme du certificat d'études de géographie physique, les samedis. Les conférences et les travaux pratiques de géographie physique auront lieu les mercredis, à 1 h. 1/2, et les vendredis, à 9 h. dans le laboratoire, sous la direction du professeur.

Cours Annexes.

Eléments d'analyse et de mécanique : les lundis et jeudis, à 5 h. 1/2. M. RAFFY, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 4 novembre. Il exposera les principales théories mathématiques qui servent d'introduction à divers enseignements scientifiques (Notions de géométrie analytique. Dérivées et intégrales. Équations différentielles. Lois générales de l'équilibre. Mouvements des points et des systèmes). — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : les mardis, à 1 h. 1/2. M. ANDOYER, maître de conférences, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 5 novembre. Il traitera de la théorie élémentaire du mouvement des planètes. — *Chimie physique* : les mercredis et vendredis, à 5 h. 1/2. M. Jean PERRIN, chargé du cours, ouvrira ce cours le mercredi 6 novembre. Il étudiera principalement les propriétés de la matière diluée, dans l'état gazeux ou dissous. — *Chimie analytique* : les lundis, à 3 h. M. RIBAN, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 4 novembre. Il traitera des procédés généraux de l'analyse quantitative, puis du dosage et de la séparation des métaux. — *Chimie appliquée* (fondation de l'Université de Paris) : les lundis et jeudis, à 11 h. M. C. CHABRIÉ, chargé du cours, ouvrira ce cours le jeudi 7 novembre. Il traitera de la métallurgie des métaux usuels et de la fabrication des matières colorantes minérales. — *Embryologie générale* : les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. LE DANTEC, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 4 novembre. Il traitera de la vie cellulaire et de la formation des espèces.

Conférences et travaux pratiques.

Les conférences et travaux pratiques commenceront le lundi 11 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être fait immatriculer et sur la présentation de leur carte.

Sciences mathématiques. — M. RAFFY, professeur adjoint, fera des conférences sur la géométrie supérieure, en vue du certificat correspondant, les mardis, à 5 h. 1/2. — M. HADAMARD, professeur adjoint, fera des conférences sur le calcul différentiel et le calcul intégral, les mardis, à 4 h. et les samedis, à 5 h. — M. P. PUISEUX, professeur adjoint, fera des conférences sur la mécanique, les mercredis, à 4 h. et les samedis, à 3 h. 1/2. Exercices sur le programme du certificat de mécanique rationnelle. Théorie de l'attraction.— M. ANDOYER, maître de conférences, fera des conférences aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les lundis, à 1 h. 1/2, et les jeudis, à 10 h. 1/2. — M. HADAMARD, professeur adjoint, fera une conférence aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les jeudis, à 3 h. — M. BLUTEL, chargé de conférences, fera une conférence aux candidats à l'agrégation des sciences mathématiques, les jeudis, à 1 h. 1/2.

Sciences physiques. — M. PELLAT, professeur, fera une conférence de physique, les lundis, à 4 h. 1/4. — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 h. 1/2. — M. LEDUC, professeur adjoint, fera, les mercredis, à 4 h., des interrogations aux candidats au certificat de physique générale, sur les matières du cours de physique. Il traitera en outre les vendredis, à 4 h. les questions indiquées par le professeur. Il fera, les jeudis, à 10 h. 1/4, une conférence aux candidats à l'agrégation (exercices pratiques). — Les manipulations auront lieu, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 h. à 11 h. 1/2. — M. MATIGNON, maître de conférences, étudiera les métalloïdes et les métaux qui ne seront pas traités dans le cours des professeurs, les lundis, à 1 h. 3/4, et les jeudis, à 1 h. 1/4. — Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et jeudis, à 5 h. — M. BOUVEAULT, maître de conférences, fera, les mardis et les samedis, à 4 h. 1/4, des conférences de chimie organique. Il fera l'étude particulière des combinaisons cycliques (série aromatique). M. RIBAN, professeur adjoint, fera une conférence d'analyse qualitative, les vendredis, à 11 h. Le laboratoire d'enseignement pratique de chimie générale (Directeur : M. le professeur A DITTE ; directeur adjoint : M. RIBAN ; sous-directeur : M. OUVRARD) est ouvert tous les jours de 9 h. à midi, et de 1 h. à 5 h., pour les élèves qui désirent se livrer à des travaux de chimie générale ou de chimie analytique. Des manipulations pour le certificat de chimie générale ont lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 8 h. 1/2. — Pour les professeurs de collèges les jeudis, de 1 h. à 5 h. Des manipulations préparatoires à l'agrégation ont lieu les vendredis, de 1 h. à 5 h. — M. MICHEL, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. Les travaux pratiques de minéralogie auront lieu les mardis et samedis, à 9 h. 1/2, dans le laboratoire.

Sciences naturelles. — M. Boutan, maître de conférences, fera, les mardis, à 5 h. 1/4, les mercredis, à 4 h. et les vendredis, à 9 h. 1/2 du matin des conférences d'anatomie comparée sur l'ectoderme, le mésoderme et leurs dérivés. — M. Hérouard, maître de conférences, fera, les lundis et les mercredis, à 2 h. 1/2, des conférences de zoologie sur les protozoaires, les métazoaires, les spongiaires et les Cœlentérés. — M. Louis Lapicque, maître de conférences, fera les lundis, à 4 h. et les samedis, à 2 h. 3/4, des conférences de physiologie expérimentale sur les fonctions de nutrition. — M. Matruchot, professeur adjoint, fera, les vendredis, à 10 h. 3/4, et les samedis, à 8 h. 1/2, des conférences de botanique. — Il étudiera les cryptogames. — M. Molliard, chef des travaux pratiques de botanique, dirigera, les samedis, à 5 heures, des exercices de botanique préparatoires à l'agrégation des sciences naturelles. — M. Haug, professeur adjoint, fera, les jeudis, à 11 h. et les samedis, à 1 h. 1/2, des conférences de géologie et traitera en particulier des phénomènes géologiques. Il fera, les lundis, à 2 h. 1/2, des conférences de géologie et de paléontologie préparatoires à l'agrégation des sciences naturelles. — Les travaux pratiques auront lieu les lundis, de 9 h. à 11 h. 1/2, les mercredis, de 9 h. à 11 h. 1/2 et les jeudis, de 9 h. à 11 h. — M. L. Gentil, chargé de conférences, fera des conférences et des travaux pratiques de pétrographie les mardis, à 9 h. pour les candidats à l'agrégation des sciences naturelles, et les mercredis, à 9 h., des conférences de pétrographie préparatoires au certificat de géologie.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Physique : 1re *section* : M. Paul Janet, professeur, ouvrira ce cours le lundi 4 novembre. Il traitera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électro-magnétisme. 2e *section* : M. Pierre Curie, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 5 nov. Il traitera les mardis, jeudis, samedis, à 9 h. : Principe de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électro-magnétisme. M. Krouchkoll, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique les lundis, mardis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Chimie* : 1re *section* : M. Joannis, professeur, ouvrira ce cours le mardi 5 novembre. Il traitera, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. 2e *section* : M. Péchard, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 4 novembre. Il traitera les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. M. Étaix, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie les mardis, mercredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Zoologie* : M. Rémy Perrier, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 4 nov. Il étudiera les points principaux de la zoologie générale et commencera l'histoire des groupes zoologiques. 1re *section* : Les lundis et vendredis, à 10 heures 1/2 : 2e *section* : Les mardis et samedis, à 10 heures 1/2. M. Fischer, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Botanique* : M. Daguillon, chargé du cours, ouvrira ce cours le mercredi 6 novembre. Il traitera des plantes cryptogames. 1re *section* : Les mercredis, à 10 heures 1/2. 2e *section* : Les jeudis à 10 heures 1/2. M. Chauveaud, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de Botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2.

Enseignement pratique de chimie appliquée

Directeur : M. H. Moissan. — Sous-Directeur : M. C. Chabrié.

L'enseignement pratique est coordonné aux cours et conférences de chimie de la Faculté et comprend : en 1re année, les préparations de la chimie minérale, les analyses minérales qualitatives et les analyses minérales quantitatives élémentaires ; en 2e année, les analyses quantitatives et les préparations de la chimie organique ; en 3e année, les analyses et les préparations des produits industriels. Les exercices de laboratoires ont lieu de 9 heures à 5 heures. M. C. Chabrié, sous-directeur, interroge les vendredis, de 10 heures à midi, les élèves des laboratoires de chimie appliquée. M. Guichard, chef des travaux de 1re année, réunit les élèves les mercredis et vendredis, le matin à 9 heures, et leur donne les indications nécessaires pour l'exécution de leur travail. M. Freundler, chef des travaux pratiques de 2e année, réunit les élèves de 2e année les mercredis et vendredis, à 11 heures. M. Auger, chef des travaux pratiques de 3e année, réunit les élèves de 3e année les mercredis et vendredis, à 1 heure et 1/2.

Professeur honoraire : M. Louis Troost.

Tableau des jours et heures des cours, conférences et travaux pratiques.

Lundi : MM. Goursat, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 : Ouvrard, Labor. d'Ens. de Chimie générale, 8 h. 1/2 ; Leduc, Laboratoire de Physique, 9 h. ; Péchard, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. : P. Janet, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Haug, Laboratoire de Géologie, 9 h. ; Le Dantec, Rue de l'Estrapade, nº 18, 10 h. 1/2 : H. Poincaré, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/2 ; Perrier, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 : C. Chabrié, Rue Michelet, nº 3, 11 h. : Andoyer, Agrégation, Amph. Le Verrier, 1 h. 1/2 ; Krouchkoll, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 : Fischer, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 : Matignon, Amphithéâtre de Chimie, 1 h. 3/4 ; Giard, Laboratoire, 2 h. ; Hérouard, Amphithéâtre Milne-Edwards, 2 h. 1/2 : Haug, Laboratoire de Géologie, 2 h. 1/2 : Riban, Salle des Conf. du Laboratoire, 3 h. ; Lapicque, Amphithéâtre de Physiologie, 4 h. : Pellat, Salle des Conf. de Physique, 4 h. 1/4 ; Matignon, Agrégation, Laboratoire, 5 h. ; Raffy, Amphithéâtre Le Verrier, 5 h. 1/2.

Mardi : MM. Kœnigs, Amphithéâtre Chasles, 8 h. 1/2 ; G. Bonnier, Laboratoire de Botanique, 8 h. 1/2 ; Michel, Amphithéâtre de Minéralogie, 8 h. 1/2 ; L. Gentil, Agrégation Labor. de Géologie, 9 h. : Joannis, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; P. Curie, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Boussinesq, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/4 ; Moissan, Amphithéâtre de Chimie, 10 h. 1/2 ; Perrier, rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 : J. Chatin, Laboratoire, 12 h. 1/2 ; Bouty, Amphithéâtre de Physique, 1 h. 1/2 ; Andoyer, Amphithéâtre Chasles, 1 h. 1/2 : Vélain, Amphithéâtre de Géologie, 1 h. 1/2 ; Étaix, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Fischer, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Duclaux, Ins. Pasteur, rue Dutot, nº 25, 2 h. 1/2 ; G. Bonnier, Amphithéâtre Cauchy, 4 h. ; Hadamard, Amphithéâtre Le Verrier, 4 h. ; Bouveault, Amphithéâtre de Physiologie, 4 h. 1/4 ; Boutan, Amphithéâtre Milne-Edwards, 5 h. 1/4 ; Raffy, Amphithéâtre Chasles, 5 h. 1/2.

Mercredi : MM. Darboux, Salle Saint-Jacques, 8 h. 1/2 ; Ouvrard, Labor. d'Enst de Chimie générale, 8 h. 1/2 ; G. Bonnier, Laboratoire de Botanique, 8 h. 1/2 : J. Chatin, Amphithéâtre Le Verrier, 9 h. 1/4 : P. Janet, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Leduc, Laboratoire de Physique, 9 h. : Haug, Laboratoire de Géologie, 9 h. ; L. Gentil, Amphithéatre de Géologie, 9 h. : Péchard, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Guichard, Rue Michelet, nº 3, 9 h. : Daguillon, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; Appell, Amphithéâtre de Physique, 10 h. 3/4 : Freundler, Rue Michelet, nº 3, 11 h. ; Auger, rue Michelet, nº 3, 11 h. 1/2 ; Vélain, Laboratoire de Géographie physique, 1 h. 1/2 : Étaix, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 : Fischer, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 : Chauveaud, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Ditte, Amphithéâtre de Chimie, 2 h. : Giard, Rue de l'Estrapade, nº 18, 2 h. ; Hérouard, Amphithéâtre Milne-Edwards, 2 h. 1/2 : Puiseux, Amphithéâtre Le Verrier, 4 h. ; Leduc, Salle des Conf. de Physique, 4 h. ; Boutan, Laboratoire, 4 h. ; J. Perrin, Amphithéâtre de Chimie physique, 5 h. 1/2.

Jeudi : MM. Goursat, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; Pellat : Agrég. Salle des Conf. de Physique, 8 h. 1/2; Ouvrard, Labor. d'Enst de Chimie générale, 8 h. 1/2 ; Leduc, Laboratoire de Physique, 9 h. : Haug, Laboratoire de Géologie, 9 h. ; P. Curie, rue Cuvier, nº 12, 9 heures ; Joannis, rue Cuvier, nº 12, 9 h. : Leduc, Agrég. Salle des Conf. de Physique, 10 h. 1/4 H. Poincaré, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/2 ; Le Dantec, Rue de l'Estrapade, nº 18, 10 h. 1/2 : Andoyer, Agrégation, Amph. Le Verrier, 10 h. 1/2 : Daguillon, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 : Chabrié, Rue Michelet, nº 3, 11 h. ; Haug, Amphithéâtre de Géologie, 11 h. : Labbé, Laboratoire, 12 h. 1/2 ; Ouvrard, Labor. d'Enst de Chimie générale, 1 h. : Matignon, Amphithéâtre de Chimie, 1 h. 1/4 : Blutel, Agrégation, Amph. Le Verrier, 1 h. 1/2 : Fischer, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Chauveaud, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 : Duclaux, Inst. Pasteur, rue Dutot, nº 25, 2 1/2 : Hadamard, Agrégation, Amph. Le Verrier, 3 h. ; Pellat, Amphithéâtre de Physique, 4 h. ; Y. Delage, Amphithéâtre Milne-Edwards, 4 h. : Matignon, Agrégation, Laboratoire, 5 h. : Raffy, Amphithéâtre Le Verrier, 5 h. 1/2.

Vendredi : MM. Darboux, salle Saint-Jacques, 8 h. 1/2 : Pellat, agrégé, salle des conf. de physique, 8 h. 1/2 : Ouvrard, labor. d'enseign. de chimie générale, 8 h. 1/2 ; Velain, laboratoire de géographie physique, 9 h. : Leduc, laboratoire de physique, 9 h. : P. Janet, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Péchard, rue Cuvier, nº 12, 9 h. : Guichard, rue Michelet, nº 3, 9 h. : Boutan, amphithéâtre Milne-Edwards, 9 h. 1/2 : C. Chabrié, rue Michelet, nº 3, 10 h. : Perrier, rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 : Appell, amphithéatre de physique, 10 h. 3/4 ; Matruchot, amphithéatre Cauchy, 10 h. 3/4 : Riban, salle des confer. du laboratoire, 11 h. : Freundler, rue Michelet, nº 3, 1 h. ; Ouvrard, agrégation, Laboratoire, 1 h. ; Krouchkoll, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 : Étaix, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Chauveaud, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Auger, rue Michelet, nº 3.

1 h. 1/2 ; DITTE, amphithéâtre de chimie, 2 h. ; Y. DELAGE, amphithéâtre Milne-Edwards, 2 h. 1/2 ; G. BONNIER, amphithéâtre Cauchy, 4 h. ; LEDUC, salle des conférences de physique, 4 h. ; J. PERRIN, amphithéâtre de chimie physique, 5 h. 1/2.

Samedi : MM. MATRUCHOT. Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; KŒNIGS, amphithéâtre Chasles, 8 h. 1/2 ; MICHEL, amphithéâtre de minéralogie, 8 h. 1/2 ; JOANNIS, rue Cuvier, n° 12, 9 h. ; P. CURIE, rue Cuvier, n° 12, 9 h. ; J. CHATIN, amphithéâtre Le Verrier, 9 h. 3/4 ; BOUSSINESQ, amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/4 ; VÉLAIN, amphithéâtre de géologie, 10 h. 1/2 ; MOISSAN, amphithéâtre de chimie, 10 h. 1/2 ; PERRIER, rue Cuvier, n° 12, 10 h. 1/2 ; GIARD, rue de l'Estrapade, n° 12, 11 h. ; BOUTY, amphithéâtre de physique, 1 h. 1/2 ; KROUCHKOLL, rue Cuvier, n° 12, 1 h. 1/2 ; ETAIX, rue Cuvier, n° 12, 1 h. 1/2 ; CHAUVEAUD, rue Cuvier, n° 12, 1 h. 1/2 ; HAUG, amphithéâtre de géologie, 1 h. 1/2 ; LAPICQUE, amphithéâtre de physiologie, 2 h. 3/4 ; PUISEUX, amphithéâtre Le Verrier, 3 h. 1/2 ; BOUVEAULT, amphithéâtre de physiologie, 4 h. 1/4 ; HADAMARD, amphithéâtre Le Verrier, 5 h. ; MOLLIARD, agrégation, amphithéâtre Cauchy, 5 h.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'analyse supérieure et algèbre supérieure, par M. PICARD, (Il traitera de la théorie des fonctions de deux variables complexes, et, en particulier, des fonctions algébriques, hyperfuchsiennes et hyperabéliennes) ; — du calcul différentiel et calcul intégral, par M. GOURSAT (équations différentielles) ; — de mécanique rationnelle, par M. APPELL (Lois générales du mouvement des systèmes ; — Mécanique analytique ; — Hydrotatique et Hydrodynamique) ; — d'Astronomie physique, par M. WOLF (Programme du certificat d'astronomie) ; — de Physique mathématique, par M. BOUSSINESQ. (Après avoir terminé l'exposé des questions du 1er semestre, il traitera de la Dispersion ; — de la double Réfraction circulaire ; — de l'Entraînement des ondes ; — de leur Propagation, suivant les trajets de moindre durée dans les milieux hétérogènes) ; — de Mécanique physique et expérimentale, par M. KŒNIGS (Étude des Machines) ; — de Physique, par M. LIPPMANN (Acoustique et optique) ; — de Physique, par M. PELLAT (Suite du cours de Thermodynamique ; — Electrolyse ; — Polarisation des Electrodes ; — Electrocapillarité) ; — de Chimie organique, par M. HALLER (Composés de la série grasse) ; — de Minéralogie, par M. HAUTEFEUILLE (Cristallographie ; principales espèces minérales) ; — de Zoologie, Anatomie, Physiologie comparées, par M. N... ; — de Physiologie, par M. DASTRE (Fonctions de Nutrition) ; — de Géologie, par M. MUNIER-CHALMAS (Principales roches sédimentaires ; — Mouvements généraux du sol ; — Terrains primaires) ; — d'Éléments d'analyse et de mécanique, par M. RAFFY (Equations différentielles et leurs applications à la mécanique et à la physique) ; — de Chimie physique, par M. J. PERRIN (Théorie des ions et électrochimie) ; — de Chimie analytique, par M. RIBAN (Dosage et séparation des métaux) ; — de Chimie appliquée, par M. C. CHABRIÉ. (Après avoir terminé l'exposé des questions du premier semestre, il traitera des matières colorantes et de l'industrie sucrière) ; — de Physique (Certificat d'études P. C. N.), par M. JANET (Acoustique, Optique, Physique moléculaire) ; — Physique (Certificat d'études P. C. N.), par M. P. CURIE (Acoustique, Optique) ; — de Chimie (Certificat d'études P. C. N.), par MM. JOANNIS et PÉCHARD (Chimie organique) ; — de Zoologie (Certificat d'études P. C. N.), par M. R. PERRIER (Étude des Artiozoaires non vertébrés) ; — de Botanique (Certificat d'études P. C. N.), par M. DAGUILLON (Morphologie et Classification des plantes vasculaires ; Physiologie végétale).

La Faculté délivrera aux sessions de juillet et de novembre 1902 les certificats d'études supérieures suivants : Géométrie supérieure. — Analyse supérieure. — Calcul différentiel et calcul intégral. — Mécanique rationnelle. — Mécanique céleste. — Astronomie. — Mécanique physique et expérimentale. — Physique mathématique. — Physique générale. — Chimie générale. — Chimie appliquée. — Minéralogie. — Chimie biologique. — Zoologie. — Embryologie générale. — Physiologie générale. — Botanique. — Géologie. — Géographie physique.

Les registres des inscriptions prescrites pour les certificats d'études supérieures et le Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles seront ouverts, au Secrétariat de la Faculté, du 25 octobre au 15 novembre ; du 3 au 18 janvier ; du 1er au 15 mars ; du 1er au 15 mai.

AVIS A NOS LECTEURS

Nous appelons, d'une façon toute particulière, l'attention de nos lecteurs sur toutes les **Annonces** *contenues dans le* **Numéro des Etudiants.**

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Directeur : L. GUIGNARD.
Professeurs honoraires : MM. BERTHELOT, MARCHAND, RICHE et MOISSAN.

ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902. — *Cours du premier semestre.*

Physique : M. LE ROUX, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. Acoustique. Optique. (Amphithéâtre du Sud). — *Chimie analytique* : M. VILLIERS-MORIAMÉ, professeur, lundi, mardi et vendredi, à 10 h. 1/4. Analyses qualitative et quantitative des matières minérales. (Amphithéâtre du Nord). — *Pharmacie galénique* : M. BOURQUELOT, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. Médicaments d'origine animale (Sérums). — Opérations pharmaceutiques, médicaments internes obtenus par solution, distillation et évaporation. (Amphithéâtre du Sud). — *Chimie minérale* : M. GAUTIER, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures. Généralités de la chimie. — Métalloïdes. (Amphithéâtre du Nord). — *Zoologie* : M. COUTIÈRE, chargé de cours, mardi, jeudi et samedi, à midi 1/2. Zoologie systématique et appliquée. (Amphithéâtre du Sud). — *Histoire naturelle des médicaments* : M. PERROT, chargé de cours, lundi, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. Produits fournis à la matière médicale par les familles naturelles appartenant aux Dicotylédones. (Dialypétales, Hypogynes disciflores, Périgynes, Gamopétales.) (Amphithéâtre du Nord).

Conférences : M. MOUREU, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. (Amphithéâtre du Sud).

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : GAUTIER, pour la Chimie générale. JUNGFLEISCH, pour la chimie analytique. GUIGNARD, pour la micrographie. RADAIS, pour la microbiologie. *Chimie* : M. GUERBET, Chef des Travaux chimiques de 1re année. Lundi, mardi et mercredi, de 1 heure à 4 h. 1/2. Laboratoires. — M. COUSIN, sous-chef des travaux chimiques de 1re année. Jeudi, vendredi et samedi, de 1 h. à 4 h. 1/2. Laboratoires. — M. LEXTREIT, chef des travaux chimiques de 2e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2 Laboratoires. — *Micrographie* : M. GUÉRIN, chef des travaux micrographiques de 3e année. Lundi, mercredi et vendredi de 1 h. à 4 h. 1/2. Laboratoires. — *Microbiologie* : M. LUTZ, chef des travaux de microbiologie de 4e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2 Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'École, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Tableau des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. VILLIERS-MORIAMÉ, 10 h. 1/4 ; BOURQUELOT, 4 h. ; PERROT, 9 h. 1/2 ; MOUREU, 5 h. — Mardis : MM. LE ROUX, 9 h. 1/2 ; GAUTIER, 4 h. ; COUTIÈRE, midi 1/2. — Mercredis : MM. VILLIERS-MORIAMÉ, 10 1/4 : BOURQUELOT, 4 h. ; PERROT, 9 h. 1/2 ; MOUREU, 5 h. — Jeudis : MM. LE ROUX, 9 h. 1/2 : GAUTIER, 4 h ; COUTIÈRE, midi 1/2. — Vendredis : MM. VILLIERS-MORIAMÉ, 10 h. 1/4 ; BOURQUELOT, 4 h. ; PERROT, 9 h. 1/2 ; MOUREU, 5 h. — Samedis : MM. LE ROUX, 9 h. 1/2 ; GAUTIER, 4 h. ; COUTIÈRE, midi 1/2.

Division des études.

Première année : Botanique générale. Chimie minérale. Chimie organique. Minéralogie et Hydrologie. Pharmacie chimique. Physique. Toxicologie. Zoologie. — *Deuxième année* : Botanique générale. Chimie analytique. Chimie minérale. Chimie organique. Cryptogamie. Matière médicale. Pharmacie chimique. Pharmacie galénique. — *Troisième année* : Chimie analytique. Matière médicale. Pharmacie galénique — L'ouverture des cours du 1er semestre est fixée au 3 novembre 1901.

INSTITUT PASTEUR.

L'Institut Pasteur, situé entre la rue de Vaugirard et la rue Dutot, a été créé en 1883 avec le produit d'une souscription de l'Académie des Sciences, augmentée de dons et d'une nouvelle souscription, en 1894, du *Figaro*. De nouveaux dons ont permis le développement des services de cet institut qui subventionne l'Institut Pasteur de Nha-Trang (Annam), dirigé par le Dr Yersin.

1. *Institut bactériologique.* — Cet Institut, le premier construit, occupe avec ses dépendances un terrain de 11.000 mètres. Il se compose de deux bâtiments parallèles à la rue Dutot, réunis par un troisième perpendiculaire aux deux premiers et qui en occupe l'axe. En avant, sont logés les services généraux, en arrière les laboratoires.

Au rez-de-chaussée, tout le côté droit est occupé par le *service de la rage*. Les malades entrent d'abord, à l'extrémité

de l'aile, dans une vaste salle d'attente. Ils passent de là dans la salle où se font l'examen des morsures et l'inscription, puis dans la salle des inoculations. Une chambre spéciale est réservée aux femmes et aux enfants. Une salle d'archives, une salle de pansements, un lavabo et des cabinets spéciaux complètent le service. Tout à côté se trouve la salle de préparation des moelles ; la température y est maintenue constante (23 degrés) par un poêle à gaz muni d'un régulateur ; une obscurité presque complète y règne. C'est là que sont conservées, sur des étagères fixées au mur, les moelles de lapin qui servent à la préparation des vaccins antirabiques.

Aile de gauche. — Cette aile renferme : 1° une salle de cours pouvant contenir une cinquantaine d'auditeurs ; 2° un laboratoire pour la préparation en grand des bouillons de culture, auquel est annexée une petite salle pour le travail du verre ; 3° une salle avec chambre noire pour la photographie microscopique ; 4° une salle pour la dissection des grands animaux ; 5° enfin, les deux autres pièces sont occupées provisoirement par des laboratoires de microbie agricole (chef de laboratoire, M. Danysz).

Le *premier étage* est consacré tout entier aux cours de microbie technique, aux travaux pratiques. Les deux ailes sont d'ailleurs construites sur le même plan. Un couloir central conduit, dans chacune, à une vaste salle de travail, carrée, ayant à peu près 12 mètres de côté, admirablement éclairée par neuf grandes fenêtres. Sept tables de travail occupent le pourtour de la salle ; elles sont couvertes d'une plaque épaisse de lave de Volvic, émaillée à la surface et ayant l'aspect d'une immense lame de faïence ; elles sont à deux places. Chaque travailleur a à sa disposition l'eau, le gaz, et peut, en tirant une petite tablette latérale, se faire un petit réduit où il est entouré de ses instruments de travail. Mais la consigne générale est qu'à la fin de la journée il enlève tout ce qui est sur les tables, sauf le microscope, pour l'enfermer dans les deux petites armoires fixées à la muraille et mises à sa disposition. Cela est absolument nécessaire pour le nettoyage journalier de la salle et des tables. Le laboratoire du préparateur, une chambre-étuve, une salle de collections, un lavabo-vestiaire et un laboratoire, destiné surtout aux grosses opérations de chimie biologique, complètent ce qui est nécessaire au service. Le laboratoire et le cabinet du chef de service sont placés symétriquement dans les deux ailes, à l'entrée du couloir qui conduit au laboratoire commun. Tout cet étage est placé sous la direction de M. le docteur Roux.

Second étage. — Le second étage ne contient plus de laboratoire d'enseignement : il est formé d'une série de petits laboratoires desservis par un couloir central, et où les travailleurs, agréés par les chefs de service, peuvent effectuer des recherches originales. Deux pièces, à l'entrée du couloir, sont réservées au chef de service. En face, un laboratoire commun où se tiennent les garçons, sert pour toutes les opérations qui exigent un outillage spécial et d'usage intermittent. Toute l'aile droite est placée sous la direction de M. Metchnikoff. Les travailleurs de l'aile gauche sont dirigés par MM. Chamberland, Metchnikoff et Roux.

Fonctionnement des services. — I. *Service des vaccins* (1). — Ce service que dirige M. Chamberland, comprend la préparation des vaccines contre le charbon des ruminants et le rouget des porcs, de la malléine et de la tuberculine (2). Il est placé dans l'aile gauche du bâtiment de façade, sous la bibliothèque.

II. *Service de la rage.* — Le but de ce service, dirigé au début par M. le Pr Grancher, est d'empêcher les personnes mordues par des animaux enragés de devenir elles-mêmes enragées.

A leur arrivée à l'Institut, ces personnes sont examinées par le médecin du service (3), interrogées et, s'il y a lieu, inscrites sur un registre spécial où sont consignés les renseignements les plus circonstanciés sur la date, le siège et la gravité de la morsure, l'état de l'animal mordeur, le résumé du rapport du vétérinaire qui l'a examiné, le résultat de l'inoculation aux animaux de laboratoire du bulbe de l'animal présumé enragé, enfin le détail des inoculations sur le patient.

Depuis la fin de 1885, plus de 23.000 personnes ont subi, à l'Institut Pasteur de Paris, le traitement antirabique. Il en vient plus de 1.500 par an, et ce nombre va plutôt en augmentant, malgré la création incessante de nouveaux Instituts antirabiques en France et à l'étranger.

III. — *Service de la microbie technique* (M. Roux) (1). — Ce service comprend, chaque année, deux séries de cours de microbie technique, composées chacune de 48 leçons suivies de travaux pratiques. Il y a une première série en novembre-décembre, une seconde en février-mars. Depuis 1889, plus de 100 personnes (professeurs d'Universités françaises et étrangères, médecins, pharmaciens, internes des hôpitaux, biologistes, chimistes) ont suivi non seulement les leçons du cours mais encore les travaux pratiques. Un nombre presque égal de personnes sont venues simplement en auditeurs. Les premières seules versent à l'économat une redevance de 50 francs.

IV. *Service de M. Metchnikoff* (2). — Ici, il n'y a pas matière à une description générale. Toutes les personnes admises dans ce service, et qui s'y succèdent tout le long de l'année, sont des savants qui viennent y poursuivre, s'aidant des conseils des chefs de service, des travaux originaux. Ces travaux sont aussi variés que les origines et les aptitudes diverses des savants qui les exécutent. Cependant, M. Metchnikoff a apporté dans la science, des idées si originales et si fécondes que les travailleurs de son laboratoire aiment à marcher dans ses voies, les étendent et forment une école, de plus en plus nombreuse, qui se range autour du Maître.

En dehors de ses nombreux travaux et de la direction de son laboratoire, M. Metchnikoff prend part aux cours de microbie technique, où il professe un grand nombre de leçons. Depuis trois ans, M. le Professeur Laveran, l'illustre auteur de la découverte de l'hématozoaire du paludisme, qui fait partie de l'Institut Pasteur comme chef de service honoraire, est venu occuper une place dans le laboratoire de M. Metchnikoff, et il y continue ses recherches sur les hématozoaires endoglobulaires.

II. — *Institut sérothérapique.*

Ce service né de la souscription ouverte par le *Figaro*, dans les circonstances que nous avons rappelées plus haut, garde de cette origine une sorte d'autonomie budgétaire. Ses ressources comprennent : 1° les intérêts de la partie du produit de la souscription restée libre après l'achat des chevaux et la construction des écuries de Garches ; 2° les subventions de l'État (80.000 francs), de la Ville de Paris (15.000), du département de la Seine (5.000) et de quelques communes (ces revenus permettent d'assurer gratuitement le service de l'Assistance publique en France et des hôpitaux français à l'étranger) ; 3° les produits de la vente des sérums. Depuis 1894 un certain nombre d'autres sérums sont entrés dans la pratique et sont distribués gratuitement ou mis en vente dans les mêmes conditions que le sérum antidiphtérique : ce sont les sérums antitétanique, antistreptococcique et antipesteux.

L'entretien et le renouvellement des animaux, les essais de préparation d'autres sérums, le traitement du personnel spécial de la sérothérapie sont pris directement sur les revenus du service. L'excédent annuel entre dans le budget général de l'Institut ; il constitue une recette importante. C'est sur cet excédent que sont prélevées les sommes nécessaires à des missions scientifiques, les allocations versées à l'Institut de Nha-Thrang, etc. Le service de la sérothérapie est placé sous la direction de M. Roux, assisté de M. Nocard pour tout ce qui regarde la partie vétérinaire.

(1) Préparateurs : MM. E. Fenrbach, P. Rebours et Charpentier.
(2) Ces deux dernières substances sont fabriquées sous le contrôle de MM. Roux et Nocard (Alfort).
(3) D'abord M. Chantemesse et M. Charrin, à l'heure actuelle, M. Chaillou.

(1) Service du cours, chef de laboratoire : M. Borrel. — Collection-annexe ; conservateur : M. Binot.
(2) Chef de laboratoire, M. Mesnil ; préparateurs : MM. J. Bordet, Salimbeni et Beredka.

Préparation des liquides d'inoculation. — Cette préparation est faite pour les toxines diphtérique et tétanique, dans une partie de l'Institut de chimie (aile droite, rez-de-chaussée) (1) ; pour la toxine pesteuse, dans le petit laboratoire isolé de l'Institut bactériologique dont nous avons déjà parlé (2) ; pour d'autres sérums (sérum antistreptococcique (3), dans des laboratoires particuliers dépendant des divers services.

Les opérations (inoculations des chevaux, prises de sang, mise en flacon du sérum essai et stérilisation du sérum) se font à Garches, dans le domaine de Villeneuve-l'Etang (4). C'est là que se trouvent les chevaux dont l'immunisation est avancée et qui n'ont besoin que d'être *entretenus* par des inoculations de toxines, entre deux saignées. Les animaux en voie d'immunisation, ou bien ceux sur lesquels on fait des essais de sérothéraphie, sont conservés dans une grande écurie, nouvellement construite, de la rue d'Alleray (5). C'est là que sont préparés, par les soins de M. Salimbeni, le sérum antitoxique contre le choléra et divers autres sérums non entrés encore dans la pratique thérapeutique.

III. — *Institut de chimie biologique.*

Les sérums préventifs et curatifs, les toxines et les antitoxines, tels qu'on les prépare aujourd'hui, en mettant en jeu des mécanismes vivants, sont encore des mélanges complexes où la matière active n'entre que pour une part probablement fort petite, et où son action est souvent contrariée par d'autres substances qu'il faudrait pouvoir éliminer. On comprend combien il serait utile d'en séparer les corps actifs, pour pouvoir les manier plus sûrement, et de faire pour eux ce qu'on a fait pour les alcaloïdes : morphine, quinine, cinchonine, strychine, aronitine, qu'on utilise bien mieux depuis qu'on les a retirés, à l'état pur, de leur mélange avec les sucs de diverses plantes. Malheureusement, les substances actives des microbes sont en proportion encore plus infinitésimales dans les sérums et dans les liquides de culture microbienne que les alcaloïdes et poisons dans les sucs végétaux. D'où la conclusion que, pour les étudier, il faut opérer sur des centaines de litres de liquide actif. Un laboratoire de chimie biologique annexé à l'Institut Pasteur doit donc être monté sur un pied tel qu'on puisse y manipuler facilement des volumes considérables de matière. Ce qui explique les dispositions particulières et le caractère de l'Institut de chimie physiologique. La pièce principale est une grande galerie, en maçonnerie à sa partie inférieure, vitrée à sa partie supérieure. Au rez-de-chaussée est la force motrice, représentée par trois générateurs destinés au chauffage par la vapeur, à l'éclairage par l'électricité et à la mise en mouvement des appareils d'évaporation, de broyage, de tamisage, des centrifugeurs, des presses et autres grands outils rassemblés au premier étage du hall. Le bruit, les trépidations, les risques d'incendie se trouvent ainsi éloignés des laboratoires. Autour de ce hall central, et communiquant avec lui par plusieurs passages, se trouvent la salle de cours et les laboratoires. Deux de ces laboratoires, les plus voisins de la galerie des machines, sont surtout voués à l'étude des liquides organiques et placés sous la direction de M. Etard pour celui de droite, de M. G. Bertrand pour celui de gauche. Il suffira de décrire ce dernier, qui ne diffère de l'autre que par quelques points de détail. Il se compose de deux étages. Au premier étage sur le jardin, existe une salle rectangulaire bien éclairée, pouvant contenir une trentaine de travailleurs. Il a paru utile de les réunir pour qu'ils pussent causer, s'entr'aider, partager les fruits de leur expérience personnelle. A ceux d'entre eux auxquels la nature de leurs recherches, ou leurs habitudes de travail, ou leur maîtrise feraient préférer l'isolement, on peut offrir des chambres pourvues de tous les moyens de travail. Un certain nombre de salles sont aussi réservées aux services généraux (chambre noire, étuve, salle des balances, etc.). Le laboratoire du chef de service s'ouvre sur celui des travailleurs. Tout ce laboratoire est bordé, sur la cour, d'une véranda vitrée munie de hottes pour les expériences pouvant dégager des vapeurs incommodes ; l'eau, le gaz, l'électricité, sont libéralement distribués partout. L'étage inférieur renferme la laverie, les magasins, des chambres-étuves, le logement des animaux en expérience. Il a, comme annexe, un laboratoire souterrain, placé dans les catacombes, à vingt mètres au-dessous du sol, de façon à y être assuré de la constance de la température.

L'ensemble du service est complété par un jardin, dont les plantes ont été choisies en prévision de certaines recherches et par une petite serre chaude. Ce laboratoire et aussi celui de M. Etard, placé symétriquement de l'autre côté du hall des machines, reçoivent gratuitement les savants qui viennent y faire des travaux originaux, et, moyennant une redevance, ceux qui viennent y demander un enseignement. Ce sont à la fois des laboratoires d'initiation à la recherche et des laboratoires de recherches.

Laboratoire de chimie biologique de la Faculté des Sciences. — Lorsque l'Institut Pasteur fut fondé et vint, en 1889, s'installer dans les bâtiments de la rue Dutot, le cours de chimie biologique, professé à la Sorbonne par M. Duclaux, fut transporté dans ces nouveaux locaux avec tout le service qui en dépendait. Ce service, d'abord très exigu, a pris depuis une importance telle qu'il a fallu lui donner un grand laboratoire qui peut recevoir à la fois 96 travailleurs.

Ce laboratoire, pourvu de toutes ses annexes, est destiné à servir pendant l'été aux manipulations des candidats au certificat de chimie biologique. Pendant l'hiver, il servira à faire un cours pratique d'analyse des produits physiologiques et pathologiques, tels qu'urines, crachats et aussi des matières alimentaires. Ces cours, destinés à permettre aux jeunes pharmaciens de faire avec compétence toutes les analyses cliniques et chimiques qui leur incombent et de devenir aussi des experts écoutés devant les tribunaux, va s'organiser l'année prochaine sous la direction de M. Trillat.

Laboratoire des hautes études. — A l'Institut Pasteur est rattaché un laboratoire des hautes études, dont le directeur est M. Duclaux. Ce laboratoire a son personnel disséminé dans les divers services où sont reçues, suivant leurs goûts et leurs aptitudes, les personnes qui viennent lui demander l'enseignement. On lui a réservé deux salles indépendantes placées sous la surveillance directe du chef de service et placées dans le pavillon de gauche, au-dessus du laboratoire de M. Bertrand. Au même niveau et à côté, on trouve l'autre service rattaché à la Sorbonne : le service de la chaire de chimie biologique.

Service des fermentations. — La partie du bâtiment située à l'extrémité de l'aile gauche est entièrement consacrée aux industries de fermentation. Destiné à la fois à l'enseignement et à l'application des connaissances scientifiques, à la pratique industrielle, ce service comprend plusieurs subdivisions ayant entre elles des rapports étroits qui ont nécessité leur groupement dans un même bâtiment. Elles sont superposées, au lieu d'être établies horizontalement comme dans les autres services. A l'étage supérieur se trouve un vaste laboratoire d'enseignement et de recherches, qui peut recevoir 20 travailleurs s'occupant des industries de fermentation : brasserie, distillerie, fabrication de levure, vinification, cidrerie, etc. Les élèves sont exercés aux diverses méthodes d'analyse des matières premières : eau, grains, matières sucrées, moûts naturels ou artificiels. Le maniement du microscope fait l'objet constant de l'enseignement de ce laboratoire où on l'applique à l'étude des diverses races de levure, de leurs procédés de culture, de leurs propriétés physiologiques, ainsi que des micro-organismes divers qui sont les ennemis d'une bonne fermentation. Les élèves du laboratoire des fermentations apprennent à connaître non seulement la théorie des opérations industrielles, mais encore leur pratique elle même ; car au laboratoire sont adjointes de véritables petites usines en miniature, munies des appareils les plus perfectionnés et permettant de répéter en petit le travail qui se fait en grand dans l'industrie. En descendant d'un étage nous trouvons le laboratoire du chef de

(1) Chef de laboratoire : M. Martin ; préparateur : M. Momont.
(2) Préparateur : M. Dujardin-Beaumetz.
(3) Chef de laboratoire : M. Marmorek.
(4) Vétérinaire-résident : M. Prevot.
(5) Vétérinaire-résident : M. Frasey.

service et celui de ses préparateurs. Ce laboratoire, qui existait déjà dans les anciens locaux de l'Institut Pasteur et qui s'est transporté en s'agrandissant dans les nouveaux, entreprend toutes les analyses qui peuvent fournir aux brasseurs et aux distillateurs, les indications sur la manière dont le travail est conduit dans les usines. Il les renseigne sur les causes des accidents de fabrication et les moyens d'y porter remède. Il représente, en un mot, une sorte de bureau de consultation permanente, qui a déjà derrière lui plusieurs années d'existence et dont le succès atteste l'utilité.

Au rez-de-chaussée se trouve surtout localisée la partie mécanique et pratique de ce service. On y trouve une petite distillerie expérimentale avec ses cuves de fermentation et ses appareils de distillation et de rectification ; une petite brasserie avec sa salle de brassage, sa cave de fermentation, sa cave de garde, refroidies par une machine à glace qui distribue aussi le froid dans les autres parties du bâtiment où une température basse est nécessaire. Avec ce laboratoire, la description du pavillon de gauche est terminée. Le pavillon de droite ne contient dans ses deux étages que le laboratoire de M. Etard. Il y reste de la place pour au moins trois services, parmi lesquels le plus urgent est un service de physiologie que le manque de ressources a empêché jusqu'ici d'installer.

Laboratoire de chimie agricole. — Au rez-de-chaussée de ce pavillon, sur la cour et les jardins, se trouve installé, à côté des services de sérothérapie dont il a été question plus haut et qui sont placés sous le contrôle du Dr Martin, un laboratoire de chimie agricole placé sous la direction de M. Mazé et où se fait l'étude des questions de physiologie et de pathologie végétales. L'étude de la cellule végétale ne peut en effet pas être séparée de celle de la cellule animale, et les cellules microbiennes servent de transition. Il y a là un vaste champ ouvert à la recherche et qui devait être représenté à l'Institut Pasteur. Le laboratoire de M. Mazé comprend deux salles de travail, une étuve, une chambre noire, une petite serre chaude, une serre tempérée. C'est encore là un service qui se développera sûrement.

L'hôpital pastorien.

C'est au lendemain de la communication de Budapest, sur la sérothérapie de la diphtérie, que fut conçue l'idée d'un hôpital pour l'application des nouvelles méthodes pastoriennes. Une bienfaitrice, qui veut rester inconnue, vint trouver M. Pasteur et lui proposa de prendre à sa charge la construction et l'entretien d'un hôpital en face de l'Institut Pasteur. Dans l'esprit de la donatrice, cet hôpital devait être consacré au traitement des maladies microbiennes par les méthodes pastoriennes et, particulièrement, à l'application du nouveau traitement antidiphtérique. Il est presque inutile d'ajouter que les personnes mordues par des chiens enragés et dont les blessures nécessitent le repos absolu ou des soins spéciaux, devaient aussi être reçues dans le nouvel établissement. Les projets furent dressés par M. F. Martin, architecte, sous la direction scientifique de MM. Roux et L. Martin, et les pavillons des malades furent d'abord mis en construction. C'est alors que Mme de Maillefer voulut, en souvenir de son mari et de son grand-père, le professeur Baudelocque, collaborer à l'œuvre commencée, et offrit de léguer à l'Institut Pasteur la somme nécessaire pour l'établissement et l'entretien d'une consultation gratuite.

Dans la construction de l'hôpital pastorien, l'architecte a tenu compte, autant que possible, de l'origine diverse de ces volontés généreuses et du sentiment commun qui les animait. Il a juxtaposé et superposé aux nos 211 à 215 de la rue de Vaugirard le service des consultations et les logements du personnel infirmier de l'hôpital ; au no 205 sont établis l'économat, le cabinet et le logement du médecin en chef de l'hôpital, qui est logé à portée de ses salles. Au milieu de jardins, entre la rue de Vaugirard et l'Institut de chimie biologique, l'hôpital comprend deux grands pavillons à un étage, dirigés perpendiculairement à la rue de Vaugirard, réunis entre eux par un jardin d'hiver destiné aux malades. A gauche de ces pavillons, une rangée de petits bâtiments sont occupés par les services annexes : dépense, cuisine, buanderie (en sous-sol, avec lingerie au-dessus). Toutes les diverses parties de l'hôpital communiquent entre elles par des galeries couvertes. Suivons le malade dès son entrée par le service des consultations gratuites.

Services des consultations. — Ici, la préoccupation principale doit être d'opérer rapidement la sélection des contagieux, afin de les isoler le plus vite possible. Cet isolement est réalisé dans une série de petites chambres qui se trouvent à gauche de l'entrée et où l'on fait un examen détaillé du malade ; après quoi, on le dirige s'il y a lieu, sur un des pavillons où nous le retrouverons tout à l'heure. Les malades non contagieux sont dirigés dans une vaste salle d'attente, située dans l'axe du bâtiment, et sont ensuite examinés dans la consultation qui comprend une salle pour le médecin, une salle de pansements, un vestiaire, deux chambres avec lits, baignoire et appareil à douches (spécialement réservée à l'examen des malades atteints d'affections cutanées) et, lui faisant suite, un laboratoire ; à côté se trouvent, comme dépendances de l'hôpital, la salle de reconnaissance des morts et la chapelle. Les étages de tout ce corps de bâtiment servent au logement du personnel infirmier, à la pharmacie, à la photographie ; une chambre noire sert pour les services d'ophtalmologie et d'otologie.

Pavillons d'hôpital. — Les deux pavillons sont absolument semblables ; chacun d'eux comprend une partie rectangulaire centrale, avec deux étages de chambres d'isolement et, à chaque extrémité, une aile un peu plus large. C'est par celle qui regarde la rue de Vaugirard que se trouvent les perrons d'entrée : latéral pour le malade, terminal pour le médecin. L'autre aile, qui communique, au rez-de-chaussée, avec le jardin d'hiver, comprend des chambres communes pour les convalescents. Le malade en entrant trouve un vestiaire où il change de vêtements (les siens devant être désinfectés) ; il est ensuite placé sur un lit et dirigé sur la chambre qu'il doit occuper jusqu'à sa convalescence ; un monte-charges amène les lits au premier étage. Le premier étage de l'extrémité d'entrée est occupé par le service de chirurgie ; une vaste pièce, qui surplombe le perron, éclairée de tous les côtés, sert aux opérations ; en arrière, à droite et à gauche, se trouvent deux chambres annexes, l'une pour la chloroformisation et la stérilisation des instruments, l'autre pour les examens microscopiques rapides. Au deuxième étage, loge l'interne du service. La partie centrale du pavillon se compose, à chaque étage, de douze chambres, desservies par un couloir central. Toute cette partie peut être isolée facilement du reste du pavillon : un couloir la sépare complètement de chaque aile ; de plus les chambres s'ouvrent sur un large balcon qui est également en relation avec les couloirs des extrémités. Cette dernière disposition permet d'isoler spécialement une chambre déterminée. On peut ainsi obtenir un isolement complet du quartier des contagieux en général et, en cas de nécessité, réaliser l'isolement absolu d'un malade particulièrement dangereux.

Chaque chambre mérite une description spéciale. Toutes les cloisons, sauf une, sont vitrées : le soleil aide à la désinfection ; la surveillance est facilitée. La cloison non vitrée est un mur creux qui renferme les diverses canalisations d'eau, d'air chaud, de gaz, les fils pour l'électricité. Sur les murs, aucun tuyau saillant ; seulement un jeu de robinets pour l'eau chaude et froide, le gaz, une lampe électrique. Dans un coin, une bouche de chaleur ; ailleurs une bonde ferme l'ouverture nécessaire pour l'écoulement des eaux de lavage. Le parquet est en carreaux de grès cérame ; du grès émaillé revêt les cloisons jusqu'à 1 m. 10 de hauteur. Tous les angles sont arrondis. Le balayage est interdit ; le lavage se fait à grande eau ; le parquet et le revêtement en grès des murs peuvent d'ailleurs être frottés à pierre ponce. La désinfection peut donc s'effectuer dans les meilleures conditions possibles.

Chaque chambre a deux portes se faisant vis-à-vis : l'une sur le couloir central pour le service ordinaire, l'autre sur le balcon pour le service dans le cas d'isolement absolu d'un malade. Le mobilier est des plus simples : un lit en fer avec sommier métallique flexible, une table de nuit en métal

émaillé, une planche fixée au mur et supportant une cuvette également en métal émaillé, un seau, une chaise et un fauteuil vernis : le tout pouvant se laver et se désinfecter facilement. En un mot, on a cherché à prendre toutes les dispositions pour réaliser le maximum de facilités de désinfection et se mettre dans les conditions d'un minimum de contagion.

L'extrémité postérieure du pavillon comprend, avec l'escalier, le monte-charges, l'office, etc., deux grandes pièces une par étage, chacune de douze lits, pour les convalescents. La disposition est la même que pour les chambres du service d'isolement : murs creux revêtus, à la base, de grès émaillé, parquets en grès cérame, etc. : le tout facile à laver et à désinfecter. Le deuxième étage de l'aile des convalescents comprend cinq chambres à deux lits, destinées aux malades accompagnés de leurs parents.

ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année scolaire 1901-1902. — 1er Semestre.

L'École reçoit des internes, des demi-pensionnaires et des externes, aux prix de 600, 400 et 200 francs — 60 bourses ministérielles, réparties entre 129 élèves : environ 30 bourses départementales, réparties entre 45 élèves. — Le recrutement a lieu par voie de concours entre des candidats qui doivent tous être pourvus soit de l'un des baccalauréats, soit du diplôme de l'Institut national agronomique ou de l'une des Écoles nationales d'agriculture. Durée des études : 4 ans. Les étudiants qui se destinent à l'armée sont tenus en outre, après concours, d'aller faire un stage d'un an à l'Ecole de cavalerie de Saumur. — Ouverture des cours le 15 octobre ; clôture, le 30 juin, session d'examens, du 1er au 25 juillet : vacances du 25 juillet au 15 octobre.

Directeur : M. le Pr G. Barrier.

Les matières de l'enseignement sont réparties entre *dix chaires* ; à chacune de celle-ci, se trouvent attachés un *professeur*, chargé de l'enseignement dogmatique, et un *répétiteur* ou un *chef de travaux*, chargé de l'enseignement pratique et des interrogations des élèves.

1re Chaire : MM. Barrier, professeur et Lecaplain, répétiteur ; *Anatomie descriptive et comparée, tératologie, extérieur du cheval*, (étude des préparations anatomiques, dissections, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 9 heures —Dissections : tous les jours, de 8 h. à 11 h. et de 12 h. a 4 h., à partir du 15 nov.

2e Chaire : MM. Kaufmann, professeur, et Lesage, répétiteur : *Physiologie et thérapeutique* (démonstrations pratiques de physiologie et de thérapeutique ; conférences ou interrogations). Leçons : Mercredi, de 8 h. 1/4 à 9 h. 1/4 et de 1 h. à 2 h. Vendredi, de 9 h. 3/4 à 11 heures. — Démonstrations pratiques : vendredi, de 1 h. a 3 h. (thérapeutique) et de 4 h. à 5 h. (physiologie).

3e Chaire : MM. Adam, professeur, et Stourbe, chef des travaux : *Physique et météorologie* ; *chimie organique et biologique* ; *pharmacie* (technique des manipulations, leçons, conférences et exercices pratiques, conférences ou interrogations). Leçons : Lundi, mercredi, vendredi, de 9 h. 3/4 à 11 h. et vendredi de 1 h. a 2 h. — Exercices pratiques : Vendredi, de 12 h. 1/2 a 4 h.

4e Chaire : MM. Nocard, professeur, et Vallée, chef des travaux : *Pathologie des maladies contagieuses* ; *jurisprudence* ; *médecine légale* ; *inspection des viandes* ; *technique microbiologique* : *police sanitaire* (clinique spéciale) : conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 2 h. — Exercices pratiques : Lundi, de 1 h. à 3 h. et samedi, de midi à 1 heure.

5e Chaire : M. Cadiot, professeur, et Breton, répétiteur : *Pathologie générale, pathologie et clinique médicales* ; clinique ; consultation ; conférences et exercices pratiques: interrogations. Leçons: Mercredi, jeudi et samedi, de 6 h. 1/2 à 7 h. 1/2 du matin. — Clinique : mardi et vendredi, de 8 h. à 9 heures.— Consultation : Lundi, mercredi, vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h.

6e Chaire : MM. Almy, professeur, et Coquot, répétiteur : *Manuel opératoire ; ferrure* ; *pathologie et clinique chirurgicales* (clinique, consultation, médecine opératoire, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, de 1 heure à 2 heures : mercredi de 5 h. à 6 heures ; samedi, de 3 h. 1/2 a 4 h. 1/2. — Clinique : jeudi et samedi, de 8 h. a 9 heures. — Consultation : mardi, jeudi, samedi, de 9 h. 1/2 à 11 h. — Exercices de chirurgie : Lundi, de 2 h. 1/2 a 4 heures.

7e Chaire : MM. Railliet, professeur, et Marotel, chef des travaux : *Botanique, géologie, zoologie matière médicale* (exercices de matière médicale, de zoologie et d'histologie végétale; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 9 h. 3/4 à 11 heures. — Exercices pratiques: Mercredi et vendredi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2 (matière médicale) ; Mardi de 1 heure à 2 heures (zoologie et histologie végétale).

8e Chaire : MM. Baron, professeur, et Ras, répétiteur : *Hygiène générale ; zootechnie* (conférences et exercices pratiques au marché de la Villette, à l'Ecole ou dans divers établissements de Paris ; interrogations.) Leçons : Mardi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2 et mercredi, de 4 à 5 heures. — Exercices pratiques : Lundi, de 12 heures à 5 h. ; jeudi de 8 h. à 1 h. ; vendredi, de 2 h. à 4 h. ; samedi, de 10 à 11 h.

9e Chaire : MM. Moussu, professeur, et Delmer, chef des travaux: *Pathologie bovine, ovine et porcine* ; *obstétrique ; maladies parasitaires* (clinique spéciale ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : mardi, de 4 h. à 5 h. ; mercredi, de 2 h. à 3 h. : vendredi, de 5 h. à 6 h.. — Clinique spéciale, lundi et mercredi, de 8 h. à 9 h. ; opérations, lundi de 12 h. à 6 h.

10e Chaire : MM. Petit, professeur et Basset, répétiteur : *Anatomie pathologique* ; *Embryologie* ; *Histologie normale et pathologique* (Technique des autopsies ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, de 5 heures à 6 heures. Vendredi, de 1 h. à 2 h. Samedi de 2 heures à 3 heures. — Exercices pratiques : Lundi, de 4 h. à 6 h. ; mardi de 1 h. à 2 heures.

Équitation, pour les élèves de la 4e année : Tous les jours (sauf le samedi), de 11 heures 1/2 à 12 h. 1/2 et de 3 à 4 heures.— *Lever* : à 6 heures. — *Coucher* : à 9 heures. – *Etudes* : de 6 heures 1/2 à 7 h. 40 ; de 9 heures à 11 heures ; de 12 h. 1/2 à 3 heures ; de 3 heures 1/2 à 5 heures 1/2 ; de 7 heures à 8 h. 1/2. — *Repas* : collation, à 7 heures 40 ; déjeuner, à 11 heures ; dîner, à 6 heures.

Bibliothèque.—Ouverte tous les jours pendant les récréations et pendant les vacances ; 15.500 volumes ; les élèves sont autorisés à emprunter sous leur responsabilité, les ouvrages faciles à retrouver en librairie. — *Bibliothécaire* : M. Nicolet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques, à l'Institut, quai de Conti, tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes : celle des *Sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections ; celle des *Sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; minéralogie ; botanique ; économie rurale ; anatomie et zoologie : médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

La Section de médecine et chirurgie comprend MM. Marey, Guyon, d'Arsonval, Bouchard, Laveran, Lannelongue. MM. Chauveau, Duclaux et Roux font partie de la section d'Economie rurale.

La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. Perrier, Ranvier, Filhol, Chatin, Giard. Le président, cette année, est M. Maurice Lévy. Parmi les académiciens libres, il y a M. le Dr Brouardel. — Le *Progrès médical* publie régulièrement une analyse des communications faites à l'Académie des sciences, lorsqu'elles sont du domaine des sciences biologiques. L'Académie des Sciences publie un *Compte rendu* de ses séances, qui paraît toutes les semaines.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, de 3 h. à 5 h. — Elle se compose de cent membres *titulaires*, répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante : 1° Anatomie et physiologie, pathologie médicale, thérapeutique et histoire naturelle, anatomie pathologique.

hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50, étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10). Président pour 1901, M. F. Riche. — Vice-Président : M. Guyon. — Secrétaire perpétuel : M. Jaccoud. — Secrétaire annuel : M. Vallin. — Trésorier : M. Hanriot.

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par le parlement, les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publiques. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre ; les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche de 200.000 volumes, en ouvrages imprimés, portraits, estampes et manuscrits, réservée aux membres de la compagnie ; elle est ouverte néanmoins à tous les travailleurs sérieux autorisés. Bibliothécaire : M. Dureau. — Chef des bureaux : M. Cambuzat.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis, jeudis et samedis, à onze heures précises On envoie en outre gratuitement du vaccin de génisse en tubes à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service : M. Hervieux. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Meillere.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 4 heures. Le *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance de cette importante assemblée avec un soin tout particulier.

Prix de l'Académie.— *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs.— Annuel. — Question à poser par l'Académie (1).

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 863 francs de rente 3 %. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail ou mémoire inédit sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 416 francs de rente 3 %. — Triennal. — Au mémoire qui aura réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix d'Argenteuil. — 1,132 francs de rente 3 %. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Baillarger.— 1,000 francs de rente 3 %. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2,000 francs de rente 3 %. — Annuel. — Au meilleur mémoire sur les maladies incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 618 francs de rente 3 %. — Ce prix sera décerné tous les deux ans au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en arrêtant ou en atténuant leur marche terrible.

Prix Boulongne. — 2,480 francs de rente 3 %. — Ce prix sera décerné tous les deux ans à l'auteur français du meilleur travail, imprimé ou manuscrit, ou de la découverte la plus importante faite sur la prophylaxie des maladies contagieuses (Mme Boulongne a l'usufruit de cette rente).

Prix Mathieu Bourceret. — 1,200 francs de rente 3 %. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs de rente 3 %. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'est jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. devra être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 3,512 francs de rente 3 %. Ce prix sera décerné tous les trois ans à l'auteur des meilleures découvertes, ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables, dans l'état actuel de la science.

Prix Campbell Dupierris. — 1,155 francs de rente 3 %. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1,000 francs de rente 3 %. — Annuel. — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales.

Prix Chevallier. — 2,000 francs de rente 3 %. — Triennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail sur la phtisie et son traitement.

Prix Chevillon. — 1,500 francs de rente 3 %. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 833 francs de rente 3 %. — Annuel. — Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

Prix Clarens. — 428 francs de rente 3 %. — Annuel.— Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1,000 francs de rente 3 %. — Annuel. — Question à poser sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Demarle. — 20 000 francs environ à convertir en rente 3 %. — Pour la fondation d'un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur les sciences pharmaceutiques. (La famille Demarle a l'usufruit de cette rente).

Prix Desportes. — 1,307 francs de rente 3 %. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale et pratique.

Prix Falret. — 365 francs de rente 3 1/2 %. — Bisannuel. — Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses.

Prix Henri et Maurice Garnier. — Triennal. — 10,000 francs à convertir en rente 3 %. — Pour la fondation d'un prix destiné à récompenser les meilleurs travaux et remèdes pratiques contre les maladies épidémiques et contagieuses, telles que fièvre typhoïde, diphtérie, érysipèle, scarlatine, etc. (L'usufruit appartient à la famille Durangel).

Prix Gerdy. — Bisannuel. 5,500 francs de rente 3 %. Le legs Vuilfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France et de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. (Voir le règlement du concours).

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs de rente 3 %. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement aux meilleurs travaux sur la pathologie interne et sur la pathologie externe.

Prix Guinchard. — 2,000 francs de rente 3 %. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura le mieux traité le sujet : *Maladies du croup et des angines croupales, et trouvé le meilleur remède contre ces maladies.* (Mme Guinchard a l'usufruit de cette rente).

Prix Herpin (de Metz). — 320 francs de rente 3 %. — Quadriennal. — Question à poser sur les meilleures méthodes de traitement abortif d'une maladie interne ou externe, soit à son début, soit dans la période d'incubation. A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

Prix Herpin (Théodore, de Genève). — Annuel.— 3,000 francs de rente 3 %. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Hugo. — 200 francs de rente 3 %. — Tous les cinq ans.— A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

(1) Pour le programme détaillé des prix, *voir* la séance annuelle de l'Académie, en général le deuxième mardi de décembre.

Prix Huguier. — 1,000 francs de rente 3 %. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Itard. — 799 francs de rente 3 %. Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Jacquemier. — 578 francs de rente 3 %. — Ce prix triennal sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique, ayant réalisé un progrès important. — Les travaux destinés au concours devront avoir au moins six mois de publication.

Prix Laborie. — 5,098 francs de rente 3 %. — Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Larrey (baron). — 500 fr. de rente 3 %. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1,082 francs de rente 3 %. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Lefèvre. — 600 francs de rente 3 %. — Triennal. — Sur la mélancolie.

Prix Lefort (Jules). — 60 francs de rente 3 %. — Quinquennal. — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non d'une œuvre de compilation. (Etude chimique des eaux minérales et potables.)

Prix Lorquet. — 292 francs de rente 3 %. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 1.000 francs de rente 3 p. 100. — Triennal. — Question à poser sur l'action des agents thérapeutiques journellement employés.

Prix Mège. — 300 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera décerné tous les trois ans, à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique et ensuite à la volonté de l'Académie.

Prix Magitot. — M. Magitot a laissé, à l'Académie, des titres convertis en une rente 3 p. 100 de 400 francs. A partir de ce moment, un prix biennal de 1.000 francs sera institué pour récompenser le meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans les deux années précédentes, sur une opération de stomatologie ou d'odontologie, plus spécialement d'odontologie.

Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme). — 2.613 fr. de rente 3 p. 100. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux et des oreilles.

Prix Monbinne. — 1.500 francs de rente 3 p. 100. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Anna Morin. — 12.000 francs. — Cette somme est destinée à l'achat d'un titre de rente 3 p. 100 sur l'État français, et les revenus devront être consacrés à la fondation d'un prix quinquennal, qui sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse. (L'usufruit de cette somme appartient à la famille Morin.)

Prix Nativelle. — 339 francs de rente 3 p. 100. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila. — 1.000 francs de rente 3 p. 100. — Bisannuel. — Question à poser sur la toxicologie et la médecine légale.

Prix Oulmont. — 1.000 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera donné alternativement à l'interne en médecine et à l'interne en chirurgie qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Perron. — 771 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est quinquennal, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine. Il pourra être partagé.

Prix Portal. — 600 francs de rente 3 p. 100. — Annuel. — Question à poser sur l'anatomie pathologique.

Prix Pourat. — 700 francs de rente 3 1/2 p. 100. — Annuel. — Question de physiologie à poser par l'Académie.

Prix Philippe Ricord. — 316 francs de rente 3 p. 100. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix Henri Roger. — 500 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix sera décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage en médecine des enfants. — (Pathologie, hygiène ou thérapeutique.) Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication.

Prix Saintour. — 2.218 francs de rente 3 p. 100. — Bisannuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 700 francs de rente 3 1/2. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera, à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Tarnier. — 3.000 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix qui est annuel, ne devra jamais être partagé. Il sera décerné, alternativement au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique et à la gynécologie.

Prix Tremblay. — 1.442 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix doit être décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que catarrhe de la vessie, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 724 francs de rente 3 p. 100. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène (peut être partagé).

Prix une fois donnés. — *Prix Alfaro.* — « J'offre à l'Académie la somme de 2.000 francs pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante : « Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics ou privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action. Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques, s'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. » Ce prix a été décerné en 1881.

Anonyme. — (Concours Laennec). 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.

Prix Aubert. — 500 francs. — M. le Dr Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine, la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : « Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose. » Si, dans le délai indiqué, personne n'a mérité le prix, l'Académie pourra remplacer cette question par la suivante : « Rechercher les conditions qui peuvent rendre l'homme réfractaire à l'action du bacille de la tuberculose. »

Prix François-Joseph Audiffred. — 24.000 francs de rente 3 p. 100. Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité, ni de profession, fut-ce un membre résidant de l'Académie qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 1er avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose, par l'Académie de Médecine.

Legs Bragayract. (Veuve Jacquemier). — 50.000 francs, que l'Académie emploiera comme elle le jugera convenable.

Prix Saint-Paul. — 25.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura trouvé un remède reconnu par l'Académie, comme efficace et souverain contre la diphtérie. Ce prix a été décerné en 1896.

Prix Saint-Lager. — 1.500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : Je propose à l'Académie de Médecine une somme de 1.500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances

extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Legs Bader d'Ernesti. — Une somme de 100.000 francs devant servir, avec d'autres ressources, à la construction projetée d'un nouveau local de l'Académie, sera jointe au legs Demarquay.

Legs Demarquay. — 100.000 francs. — Pour aider l'Académie à avoir un local digne d'elle.

Plusieurs membres de l'Académie ont bien voulu, dans le même but, joindre leur souscription à la somme initiale léguée par M. Demarquay.

Ce sont : MM. Bergeron, 10.000 fr.; Caventou, 1.000 fr.; Féréol, 1.000 fr.; Guyon, 10.000 fr.; Hallopeau, 1.000 fr.; Hervieux, 10.000 fr.; Laboulbène, 1.000 fr.; Mesnet, 5,000 fr.; Pinard, 1.000 fr.; Tarnier, 10.000 fr.; Weber, 1.000 fr., Worms, 1.000 fr.; ainsi que MM. Hergott (F.-J.), de Nancy, 100 fr. et Demosthen (Ath.), de Bucarest, 500 fr.

Prix Pierre Guzman (1). — 50.000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. En attendant qu'on vienne à trouver, s'il se peut, un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que la rente de ces 50.000 francs soit décernée chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Legs Segond, dit *Féréol.* — Une somme de 1,000 francs pour être jointe au legs Demarquay.

Prix Nivet. — 30.000 francs. — Ce prix a été décerné, en 1898, à l'ouvrage manuscrit ou imprimé sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

Prix Nadau. — Une somme de 3.000 francs pour être donnée à l'auteur du meilleur cours d'hygiène populaire en vingt-cinq leçons, suivant un programme indiqué. Ce prix a été décerné en 1854.

Prix Rufz de Lavizon. — 2.000 francs. — Question ; « Etablir, par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Ce prix a été décerné en 1879.

Legs Tarnier. — Le capital constitutif d'une somme de 2.000 francs de rente 3 p. 100 dont l'Académie aura la libre disposition sans aucune restriction.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h. rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*) au deuxième étage, dans un local récemment agrandi, grâce au legs d'un de ses membres décédé, M. le Pr Pouchet. Elle possède dans ce local une bibliothèque dont l'importance s'est trouvée augmentée par le don de celle de M. Pouchet. Cette Société réunit l'élite des différentes Ecoles scientifiques ayant trait aux Sciences Biologiques et Physiologiques dans l'acception la plus large du mot. La Faculté de médecine y est représentée par un grand nombre de ses professeurs et de ses agrégés. Citons parmi les assidus : MM. Bouchard, Laborde, Ch. Richet, Troisier, Weiss, Netter, Gley, Langlois, Roger, Déjerine, R. Blanchard, Gilbert, Charrin, Desgrez, Widal, etc. ; — le Collège de France est représenté par MM. Marey, François-Franck, d'Arsonval, Malassez, Henneguy, Fabre-Domergue ; — la Sorbonne, par MM. Duclaux, Dastre, Gaston Bonnier, Giard, Regnard, Lapicque ; — l'Ecole de pharmacie, par MM. Bourquelot, Guignard, Grimbert ; — le Muséum, par MM. Vaillant, Kunckel d'Herculais, Boulart, Chauveau, Bouvier, Phisalix, Pettit. — MM. Nocard, Barrier, Baillie, Kauffmann, apportent les travaux de l'Ecole d'Alfort. — On voit que tous les grands corps enseignants délèguent à la Société leurs membres les plus actifs. Bien d'autres médecins ou savants y viennent régulièrement ; parmi eux, citons MM. Capitan, Ch. Féré, Galippe, Gellé, Laveran, Magnan, Mégnin, Paul Richer.

Le programme d'études et de discussions est donc des plus riches ; il embrasse la physiologie expérimentale et pathologique, l'histologie, l'anatomie pathologique, l'étude des infiniment petits, la clinique, la chimie et la physique médicales. Les étudiants déjà avancés en médecine suivront avec le plus grand fruit les séances de cette Société, pour y élargir le cadre de leurs idées générales en Biologie. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs, et tous les ans un *prix anonyme* d'une valeur de 500 francs ; elle publie régulièrement un Bulletin qui est un des recueils les plus intéressants de tout ce qui se fait de neuf en physiologie normale et pathologique. A ce Bulletin peuvent s'ajouter des mémoires. Un compte rendu analytique de chaque séance paraît dans le *Progrès médical*. Président, M. le Pr Bouchard ; — Secrétaire général, M. le Dr Gley.

(1) L'Académie n'est pas autorisée à accepter ce legs, les formalités n'étant pas terminées.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du Musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. MM. Cornil, Gombault, Letulle, Brault, Achard, Legry, R. Marie, F. Bezançon, Griffon, Chaput, Guinard, Mauclaire, Morestin, Auvray, et la plupart des jeunes chirurgiens fréquentent assidûment les séances. Tous les deux ans, la *Société Anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Les étudiants qui liront les comptes rendus de la Société y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat : les comptes rendus des séances sont publiés dans un *Bulletin* mensuel donnant, chaque numéro, un mémoire original et de nombreuses figures. Président, M. CORNIL, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté. Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique, et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique provenant des hôpitaux de Paris, dont le matériel est d'une richesse incomparable.

Les pièces intéressantes sont gardées, avec l'assentiment de leurs possesseurs, pour être placées dans les collections du Musée Dupuytren.

Cette année, le local de cette Société a été agrandi et sa Bibliothèque installée de façon à en faciliter l'accès C'est l'une des réunions savantes les plus précieuses de Paris, à cause de sa tradition, sévèrement maintenue, de ne faire que des présentations de fait, ce qui exclut les communications de métaphysique scientifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie de Paris* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de Seine, nº 12. Elle se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. Tous ses membres titulaires, sauf de trop rares exceptions (1), appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondants nationaux sont des célébrités chirurgicales de la province et ont la direction des services chirurgicaux importants (maisons de santé ou hôpitaux de nos grandes villes). — Président pour 1901, M. RECLUS ; secrétaire-général, M. SEGOND ; secrétaires, MM. JALAGUIER et GÉRARD - MARCHANT ; trésorier, M. WALTHER ; archiviste, M. BRUN.

La Société de Chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes titulaires dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêts d'une somme de 10.000 fr.). La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*. Le *Progrès médical* publie très régulièrement le compte rendu détaillé des séances de cette Société, une des plus importantes de Paris, la seule Société purement chirurgicale de France, en dehors de l'*Association Française de Chirurgie*, qui se réunit tous les ans, et dont la dernière session vient d'avoir lieu à Paris du 16 au 21 octobre 1900.

(1) Cette Société, qui est une Société fermée, s'honorerait certainement en admettant dans son sein les chirurgiens parisiens qui ne font pas partie du corps chirurgical des hôpitaux, et qui cependant ont un nom fort honorablement connu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit tous les vendredis, excepté le 1er vendredi de janvier, le Vendredi-Saint, le 1er vendredi d'octobre et les 2 mois de vacances (août et septembre) qu'elle prend chaque année, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de Seine, nº 12, à 4 h. 1/2 ; ces séances sont publiques. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsqu'une question générale est mise à l'ordre du jour ; plusieurs membres de la Société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement. Il a été convenu qu'une réunion en commun de la Société de Chirurgie et de la Société médicale des Hôpitaux aurait lieu chaque année pour l'étude et la discussion d'une question fixée à l'avance par les deux Sociétés, se rapportant à la fois à la médecine et à la chirurgie.

Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical.* — Président pour l'année 1901, M. Joffroy ; vice-président, M. du Castel ; secrétaire général, M. Rendu ; secrétaires des séances, MM. Souques et Bruhl ; trésorier, M. Hudelo.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.

Cette Société, qui est autorisée depuis le 31 décembre 185?, a pour but de centraliser les études des médecins des bureaux de Bienfaisance de Paris, études ayant trait tant à des observations cliniques qu'à l'hygiène, la prophylaxie des maladies contagieuses et l'amélioration de l'Assistance médicale des classes pauvres des grandes villes. Cette Société qui, dans ces dernières années, a fait preuve d'une activité inaccoutumée, s'est plus particulièrement occupée de l'allaitement des nourrissons pauvres, de la prophylaxie de la tuberculose à Paris, de la lutte contre l'alcoolisme, de l'organisation de l'assistance médicale à domicile et des dispensaires à Paris. La Société se réunit le *second mercredi* du mois à l'*Hôtel de l'Assistance publique* (avenue Victoria). Président pour 1901 : M. Malbec ; Vice-présidents : MM. Noir et Dorison ; Secrétaire-général : M. Billon ; Secrétaires : MM. Chastenet et Chaumont ; Trésorier : M. Kinzelbach ; archiviste : M. Yvon. Un bulletin publie tous les mois les travaux de la Société, sous la direction de M. Henri Gourichon. Le *Progrès médical* signale, à l'occasion, les plus intéressants travaux de cette Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE.

Cette Société a été fondée, en 1877, sous le titre de Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, pour étudier et vulgariser toutes les questions d'hygiène. L'idée de ses fondateurs était d'appeler à collaborer à l'œuvre de véritable préservation sociale qu'elle entreprenait : les médecins, les physiciens et chimistes, les vétérinaires, les ingénieurs et architectes, les industriels, les administrateurs et les économistes, etc. Elle voulait créer en France un grand corps d'hygiénistes, d'ingénieurs sanitaires, qui ne se contenteraient pas d'une étude théorique, mais qui aideraient à assurer pratiquement l'application des doctrines hygiéniques les plus certaines et des meilleures méthodes d'assainissement. Grâce à son active propagande, à l'organisation des Congrès d'Hygiène de Paris en 1877 et 1889, à la part qu'elle a prise aux Congrès internationaux dont elle a assuré la périodicité, on peut dire qu'elle a réussi ; et quand on se rappelle l'exposition qu'elle avait organisée en 1886, avec le concours du Conseil municipal de Paris, et qu'on a vu au champ de Mars, l'Exposition d'Hygiène de 1896 à laquelle elle a pris encore une part active, on peut mesurer le chemin qu'elle a fait parcourir au *génie sanitaire* dans ces vingt dernières années.

Elle s'est fusionnée depuis un an avec la Société des architectes et ingénieurs sanitaires et porte le titre ci-dessus. Elle a été déclarée d'utilité publique.

Président : M. Brouardel. Secrétaire-Général : M. A. J. Martin. — Secrétaires généraux adjoints : MM. Louis Martin et Launay. — Secrétaires des séances : MM. Darras, Deschamps et Garnier.

Depuis sa fondation, elle a été présidée successivement par les représentants les plus éminents des sciences biologiques et des sciences économiques : Bouchardat, Gubler, H. Bouley, E. Trélat, J. Rochard, Brouardel, Wurtz, Proust, U. Trélat, Gariel, L. Colin, Grancher, Th. Roussel, Lagneau, Chauveau, Cornil, Levasseur, Pinard, Cheysson, Duclaux, Lucas-Championnière, Buisson, Landouzy, Laveran et dirigée par ses actifs secrétaires-généraux (Lacassagne, H. Napias, A.-J. Martin).

Pour faire partie de la *Société de Médecine publique et de génie sanitaire*, il faut être présenté par deux membres et payer la cotisation annuelle (20 francs).

Les séances ont lieu le *quatrième mercredi de chaque mois*, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8 h. 1/2 du soir. Les travaux de la Société sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire* ; le *Progrès médical* en fait un compte rendu régulier ; réunis en bulletin annuel, ces travaux forment aujourd'hui 18 volumes. — Tout ce qui concerne la Société de Médecine publique doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr A. J. Martin, rue Gay-Lussac, 3 (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Les séances de la *Société de Médecine légale* (second lundi du mois, à 4 heures, au Palais de Justice, salle d'audience des référés) constituent de très intéressantes discussions auxquelles les étudiants, les médecins et les avocats trouveraient grand profit à assister. Aux deux dernières Expositions universelles, un *Congrès international de Médecine légale* a été organisé par les soins de la Société. Les plus importantes questions y ont été traitées. On en trouve le compte rendu dans un Bulletin spécial édité par l'Imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Les Bulletins ordinaires de la Société sont publiés par la Société elle-même. Un des collaborateurs du *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance dans le numéro qui suit : Président, M. le prof. Brouardel ; secrétaire général, M. Motet. — Le nombre des membres titulaires est de 60. [Quarante-cinq médecins, chimistes, biologistes, et quinze magistrats et avocats] La Société est représentée en province par des membres correspondants, au nombre de cent.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Fondée en 1872 par un groupe de savants, parmi lesquels nous citerons Claude Bernard, Broca, Combes, Delaunay, Friedel, de Quatrefages, Wurtz, l'*Association française* fêtait, il y a quatre années, ses noces d'argent ; elle s'achemine progressivement et en prospérant de plus vers ses noces d'or. Ouverte à toute personne qui, à un point de vue quelconque, s'intéresse à la science, elle exerce son influence par des Congrès annuels, par des dons en instruments et en argent.

Le nombre des adhérents s'est vite augmenté ; il atteint le chiffre de quatre mille. Le capital s'élève aujourd'hui à plus de 1.300.000 francs. Chaque année, des subventions importantes sont accordées aux travailleurs (17.000 francs pour l'année 1899). Le total des dons distribués à ce jour s'élève à 400.000 francs. Dans le courant de 1887, l'Association scientifique, fondée par Leverrier, a fusionné avec sa sœur cadette, l'Association française, pour ne former qu'une seule et même société, n'ayant qu'une même pensée si bien exprimée par sa devise : « Par la Science, Pour la Patrie. »

L'Association tient chaque année un Congrès dans une des grandes villes de France ; au début c'était Bordeaux qui offrait à la jeune Société l'hospitalité la plus brillante, puis Lyon, Lille, Nantes, Clermont-Ferrand, le Havre, etc. L'Exposition de 1878 fut une occasion toute naturelle de se réunir à Paris ; il en a été de même il y a douze ans, et le Congrès de 1889 a réuni un nombre exceptionnel de savants étrangers et de membres de l'Association. Le Congrès de 1900 s'est tenu à Paris également à cause de l'Exposition ; celui de 1901 s'est réuni à Ajaccio.

En dehors de ces Congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans 19 sections, l'Association s'efforce de faire connaître les progrès des sciences et de leurs applications dans des séries de conférences, les unes faites pendant la durée des Congrès, les autres au siège social à Paris pendant l'hiver.

Pour ces conférences, des cartes d'entrée sont attribuées à tous les membres de l'Association ; un certain nombre de cartes gratuites est mis chaque année à la disposition des étudiants des diverses Facultés.

La cotisation annuelle est de 20 fr. par an ; cette cotisation peut être rachetée moyennant une somme de 200 fr. ou par dix versements annuels consécutifs de 30 fr. Les comptes rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8º de 1.000 pages. Chaque Congrès est analysé dans le *Progrès médical*, pour ce qui concerne les sciences médicales et l'hygiène. Le Jury des récompenses de l'Exposition universelle de 1900 a decerné un Grand Prix à l'Associa-

tion. En 1878 elle avait obtenu une médaille d'Or et en 1889 un Grand Prix.

Le bureau de l'Association pour l'année 1900-1901 est ainsi composé : *Président* : M. CARPENTIER (Jules), ancien président de la Société des Electriciens ; — *Vice-Président* : M. E. LEVASSEUR, membre de l'Institut ; — *Président sortant* : M. le Dr HAMY, membre de l'Institut ; — *Secrétaire* : M. G. REUSS, ingénieur des Ponts et Chaussées ; — *Vice-Secrétaire* : M. le Dr MAGNIN, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon ; — *Trésorier* : M. GALANTE (Emile), fabricant d'instruments de chirurgie ; — *Secrétaire du Conseil* : M. GARIEL (C.-M.), professeur à la Faculté de Médecine ; — *Secrétaire adjoint du Conseil* : M. le Dr CARTAZ, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le Congrès de 1902 se tiendra à Montauban et celui de 1903 à Angers.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

La Société d'Hypnologie et de Psychologie, fondée en 1889, pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, se réunit le troisième mardi de chaque mois, au Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Les séances en sont publiques et suivies assidûment par de nombreux étudiants.

Le bureau pour l'année 1900-1901 est ainsi composé :

Président, M. Jules Voisin ; vice-présidents, MM. Boirac, L. Dauriac et P. Magnin ; secrétaire général, M. Bérillon ; secrétaire général adjoint : Paul Farez ; trésorier : M. Albert Colas ; secrétaires des séances : MM. H. Lemesle, Julliot et Lépinay ; comité de publication, MM. Babinski, Pottier, Déjerine ; commission de candidature : MM. Paul Richer, Melcot et Félix Regnault.

Les noms des membres d'honneur, élus par la Société depuis la fondation : MM. Azam, Brouardel, Brown-Séquard, Charcot, Lombroso, Liébeault, Mesnet, Charles Richet, Jules Soury, Hitzig, Enrico-Ferri, Tamburini, Kojenikow, Dumontpallier, indiquent que les tendances scientifiques de la Société sont conformes aux plus saines traditions de la médecine philosophique.

Prix Liébeault. — Un prix fondé par le Dr Liébeault (de Nancy) sera décerné annuellement par la Société d'hypnologie et de psychologie à l'auteur de la meilleure thèse sur l'un des sujets suivants : Hypnologie, psychothérapie. — Pédagogie, criminologie, folklore. — Psychologie physiologique et pathologique. Le prix Liébeault est de la valeur de 200 fr. Les thèses des Facultés des lettres, des sciences et de droit sont admises à concourir au même titre que celles des Facultés de médecine. Les thèses devront être adressées avant le 31 décembre de chaque année à M. le secrétaire général de la Société d'hypnologie et de psychologie, 14, rue Taitbout, à Paris.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cette société fondée le 22 mars 1796, se réunit à 4 heures et demie les deuxième et quatrième samedi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine. Pour l'année 1901, le bureau est ainsi composé : Président : M. BENI-BARDE ; Vice-Président : M. PICQUÉ. Secrétaire général : M. BURET ; Secrétaires annuels : MM. MONIL et E. VIDAL. Archiviste : M. MOUZON. Trésorier : M. TISSIER. — Le Conseil d'administration se compose de MM. JULLIEN et RICHELOT, et le Comité de publication de MM. MILLÉE, DHOMONT, BROSSARD, ALBERT WEIL et du secrétaire général. Organe de publication : *Le Progrès Médical.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE.

Cette Société, fondée en 1890, a pour but l'étude de l'électricité dans ses rapports avec la biologie et la thérapeutique. Elle se réunit le troisième jeudi de chaque mois, à 8 h. 1/2 du soir, à la Mairie du 1er arrondissement. Elle publie tous les mois un bulletin officiel donnant *in extenso* les communications de ses membres et le compte rendu des séances. Le bureau est ainsi constitué pour 1901 : *Président* : M. TRIPIER : *Vice-présidents* : MM. Brandt et Oudin : *Secrétaire général* : M. Huet : *Secrétaire général adjoint* : M. Sollier ; *Secrétaires des Séances* : MM. Allard, Delherme et Laquerrière. Le nombre des membres n'est pas limité. La cotisation annuelle est de 20 fr. dont sont déduits des jetons de présence de 1 fr. Les membres se divisent en membres résidants, non résidants et non résidants étrangers.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE, FRANÇAISE D'HYGIÈNE, ETC.

La *Société d'hydrologie* se réunit comme la *Société de Chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent *pour les étudiants* les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. Nous citerons encore la *Société française d'Hygiène*, dont le siège est au n° 30 de la rue du Dragon, qui tient ses séances le deuxième vendredi de chaque mois ; — la *Société de Médecine clinique* ; — la *Société de Médecine pratique de Paris*, fondée en 1808, séances le 1er et le 3e jeudi de chaque mois, à 1 h. 1/2, palais des Sociétés Savantes, 26, rue Serpente. — (Voir aussi *Enseignement de l'Anthropologie*). Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés.

La *Société de Thérapeutique* se réunit à la Faculté de Médecine (laboratoire de thérapeutique), le 2e et le 4e mercredi de chaque mois, de 4 à 5 heures. Le *Progrès* publie un compte rendu analytique des séances de cette Société. — Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les *Syndicats médicaux*, traitant surtout des intérêts professionnels et les *Sociétés d'Arrondissement*, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de Seine, n° 12. Voici les prix que décernera cette Société en 1902 et en 1903.

ANNÉE 1902. — PRIX AUBANEL, 2.000 fr. — Question : *Valeur séméiologique des idées hypocondriaques dans les maladies mentales appuyée sur des observations personnelles.* — PRIX BELHOMME, — 900 francs. — Question : *Du sens de l'ouïe chez l'idiot.* — PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

ANNÉE 1903. — PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale. — PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1901 et en 1902 devant les Facultés de médecine de France sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse. — PRIX SEMELAIGNE, 500 francs : Question : *Historique de la paralysie générale.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1901 pour les prix à décerner en 1902 ; pour ceux à décerner en 1903, le 31 décembre 1902, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits, et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les nom et adresse des auteurs.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Cette Société a été fondée le 5 février 1898. Les séances ont lieu le troisième jeudi du mois, à 3 h. 1/2 du soir, à la Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Elle a pour président actuel le Dr Maygrier ; pour secrétaire général, le Dr BAR. Le Comité de publication se compose de MM. Budin, Maygrier, Boissard et Bar. La Société est exclusivement obstétricale. Ses travaux sont publiés dans un Bulletin édité avec grand soin par Carré et Naud. Le *Progrès Médical* donne le compte rendu analytique des séances.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS

La Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie de Paris, qui *a pour but l'étude de ces trois branches médicales dans leurs rapports mutuels*, se compose de 44 *membres titulaires*, à savoir : 22 pour la section d'accouchements ; 12 pour la section de gynécologie ; 10 (4 chirurgiens et 6 médecins) pour la section de pédiatrie ; 20 *associés étrangers*, 40 *correspondants nationaux*, 50 *correspondants étrangers*. Le bureau pour l'année 1901 est ainsi constitué :

Président : M. HUTINEL ; vice-président : M. POZZI ; secrétaire général : M. VARNIER ; secrétaires annuels : MM. BOUFFE et MÉRY ; bibliothécaire-archiviste : M. POTOCKI ; trésorier : M. CHAMPETIER DE RIBES.

Les séances sont publiques et ont lieu le deuxième lundi de

chaque mois (à l'exception des mois d'août et de septembre), à 5 h. 1/2, rue de Seine (Société de Chirurgie). Les comptes rendus de la Société sont publiés chaque mois par les soins des secrétaires de la Société, chez Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, en juin 1899. Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux. Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques, le premier jeudi de chaque mois (excepté les mois d'août, septembre et octobre), dans l'Hôtel de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, à 9 h. 1/2 du matin. — Composition du bureau : Président, M. Raymond ; vice-président, M. Gombault ; secrétaire-général, M. Pierre Marie ; secrétaire des séances, M. Henry Meige ; Trésorier, M. Souques.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Cette Société, fondée en 1899, se réunit le deuxième mardi de chaque mois à 5 h. à l'hôpital des Enfants-Malades. Président pour 1901 : M. Kirmisson ; vice-président : M. Sevestre ; Secrétaire général : M. L. Guinon. Trésorier : M. Richardière ; Secrétaires des séances : MM. Tollemer et Villemin.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE

I. *Ecole d'Anthropologie de Paris* (Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques reconnue d'utilité publique comme établissement d'enseignement supérieur. Loi du 22 mai 1889. 26e année (1901-1902). Ouverture des cours le lundi 4 novembre 1901, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15. Directeur : M. le Dr H. Thulié.

Anthropologie anatomique. — M. Papillault, professeur, le lundi, à 4 heures. Programme : Formes extérieures et proportions du corps humain (Suite). Etude particulière des variations dues au milieu social.

Anthropologie préhistorique. — M. Capitan, professeur, le lundi, à 5 heures. Programme : Les bases des études préhistoriques : pétrographie, paléontologie, industrie (Suite).

Ethnographie et Linguistique. — M. André Lefèvre, professeur, le mardi à 5 heures. Programme : La France au XIVe siècle. La guerre de Cent ans. Charles V et Charles VI. Les lettres, les arts, la langue.

Ethnologie. — M. Georges Hervé, professeur, le mardi à 5 heures. Programme : Ethnologie de l'Europe. l'Alsace (suite).

Technologie ethnographique. — M. Adrien de Mortillet, professeur, le mercredi à 4 heures. L'industrie des sauvages modernes comparée à l'industrie tertiaire et quaternaire.

Anthropologie biologique. — M. J.-V. Laborde, professeur, le mercredi à 5 heures. Programme : Introduction biologique à l'anthropologie criminelle. La prédisposition à la criminalité dans l'évolution organique et fonctionnelle de l'homme. L'évolution cérébrale de la criminalité.

Géographie anthropologique. — M. Franz Schrader, professeur, le vendredi à 4 heures. Programme : Les lois terrestres et les coutumes humaines.

Anthropologie physiologique. — M. L. Manouvrier, professeur, le vendredi à 5 heures. Programme : Etude comparative des sexes (suite) ; point de vue sociologique.

Sociologie (histoire des civilisations). — M. Charles Letourneau, professeur, le samedi à 4 heures. Programme : Les conclusions de la sociologie ethnographique et comparative.

Anthropologie zoologique. — M. P.-G. Mahoudeau, professeur, le samedi, à 5 heures. Programme : L'origine de l'homme (suite). La généalogie des hominiens (suite).

Les cours sont publics et gratuits. Les auditeurs qui se font inscrire au commencement de l'année scolaire peuvent obtenir un certificat d'assiduité délivré par le directeur et les professeurs dont ils ont suivi les cours.

Les principales leçons faites durant l'année scolaire paraissent dans la *Revue de l'École d'Anthropologie*, publiée par les professeurs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain. (Abonnement annuel, 10 fr.).

L'Ecole d'Anthropologie possède une collection d'anatomie comparée et d'objets préhistoriques servant aux cours. Elle conserve en outre la précieuse série de cerveaux appartenant à la Société d'Autopsie. Ces cerveaux sont étudiés et moulés dans le Laboratoire d'Anthropologie. Le Président de la Société d'Autopsie est M. le Dr J.-V. Laborde. Les autopsies sont faites sous la direction de MM. le Pr Mathias-Duval et Dr Laborde, par MM. le Dr Hervé et Mahoudeau. Les moulages sont faits par M. Flandinette.

II. *Société d'Anthropologie.* — Cette Société tient ses séances, qui sont publiques, les 1er et 3e jeudi de chaque mois, à 3 heures, au 3e étage du bâtiment du musée Dupuytren. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'histoire naturelle de l'homme. La Société distribue des instructions aux voyageurs et missionnaires scientifiques. Elle possède une bibliothèque (plus de 8.000 ouvrages) ouverte au public le lundi de 11 heures à 6 heures. Président pour 1901 : M. Chervin. – Secrétaire général : Dr Letourneau. — Secrétaires annuels : Drs Papillault et Anthony. — Le *Progrès Médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

La Société publie un *Bulletin Bimensuel* (abonnement annuel : 12 fr.).

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3e étage du bâtiment du Musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'Anthropologie dont il renferme les collections, ainsi que celles du Laboratoire d'Anthropologie. Il possède environ 8 000 crânes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, d'objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert au public les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateurs : MM. Ed. Cuyer et A. de Mortillet.

III. *Laboratoire d'Anthropologie.* — Ce laboratoire, fondé par Paul Broca, fait partie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. Il occupe une partie du 3e étage du bâtiment du musée Dupuytren. Il comprend une salle de dissection, une salle d'anthropométrie, une salle de moulages et une salle d'histologie. Le Laboratoire d'Anthropologie est ouvert gratuitement aux docteurs français et étrangers ainsi qu'aux étudiants qui désirent y faire des recherches anatomiques pour la préparation des thèses de doctorat en médecine ou ès sciences naturelles. Des conférences techniques y sont faites aux personnes qui veulent s'initier aux recherches anthropologiques, et le personnel se met également à la disposition des investigateurs qui ont besoin de renseignements. — Directeur : Dr Laborde. — Préparateurs : Dr L. Manouvrier et Dr Papillault.

Association générale des Etudiants de Paris.

(Fondée en 1884.)

Reconnue d'utilité publique par décret du 25 juin 1891.

43, *rue des Ecoles et* 1, *rue de Latran* (Salle d'Armes).

Présidents d'honneur de l'Association :

1885-1889 Chevreul ; 1889-1895 Pasteur ; 1898 Lavisse.

But de l'Association. — L'Association a pour but : 1° de réunir les étudiants dans l'intérêt de leurs études ; 2° d'établir entre tous ses membres des liens de solidarité et de fraternité, afin de procurer à chacun aide et assistance. Dégagée de tout caractère politique ou religieux, elle s'efforce uniquement d'assurer à la communauté des Etudiants des avantages intellectuels et matériels de toute sorte ; elle ne restreint en rien l'initiative personnelle qu'elle développe au contraire en favorisant l'échange d'idées scientifiques et sociales entre des étudiants appartenant à tous les ordres d'études. L'administration appartient exclusivement à un Comité d'Etudiants français et majeurs élus par leurs camarades des différentes Ecoles. – *Conditions d'admission* : être Etudiant. Verser une cotisation annuelle de 18 francs.

Siège social ouvert tous les jours de 8 h. du matin à minuit : 43, rue des Ecoles : 1er étage : salles de conférences, administration ; 2e étage, bibliothèque générale (romans et revues), laboratoire de photographie, journaux, fumoir, caisse ; 3e étage, bibliothèque de droit, bibliothèque des lettres, bibliothèque des sciences politiques et de l'Ecole coloniale ; 4e étage, bibliothèque de médecine, bibliothèque des sciences, bibliothèque et laboratoire de pharmacie ; 1, rue de Latran, salles d'armes et d'hydrothérapie.

Facultés et écoles inscrites à l'Association : Faculté de droit, lettres, médecine, sciences, théologie protestante ; école de pharmacie, beaux-arts, polytechnique, centrale, coloniale, normale, conservatoire, des chartes, des constructions navales, des hautes-études (lettres et sciences), des langues orientales, du Louvre, des mines, des Ponts-et-Chaussées, de physique et chimie, des sciences politiques, supérieure de commerce, d'Alfort, des hautes-Etudes commerciales, dentaire, institut commercial, institut agronomique.

Avantages sociaux. — Bibliothèque, 25.000 volumes, 120 journaux quotidiens (Paris, province, étranger), 115 revues et jour-

naux périodiques. Prêts à domicile. Conférences de droit, médecine (internat et externat des hôpitaux), pharmacie (internat des hôpitaux). Sciences, lettres, promenades scientifiques, etc. Publications : Bulletin mensuel : l'*Université de Paris* : Annuaire contenant tous les détails utiles sur les facultés et les écoles. Service médical gratuit, service gratuit de consultations juridiques. Remplacements, médecine et pharmacie. Fêtes amicales, mensuelles, gratuites.

Avantages matériels. — Théâtres, concerts, plus de 4.000 billets gratuits et de 8.000 billets à prix réduits ont été distribués dans l'année scolaire. Expositions, casinos, établissements thermaux, bals et fêtes ; réductions ou entrées gratuites. Sports : club athlétique, jeux en pleins air, vélocipédie, canotage, équitation, gymnastique, danse, escrime : prix très réduits. *Caisse de secours et prêts* sur simple signature aux membres de l'Association dans le besoin.

Avantages commerciaux. — Un service de remises commerciales analogue à celui des Sociétés coopératives est ouvert à tous les Étudiants. — Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 43, rue des Écoles.

HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Sociétés ayant leur siège à l'Hôtel des Sociétés Savantes : 28, rue Serpente et rue Danton.

Association française pour l'avancement des Sciences : Bureaux et Secrétariat. Président, M. Carpentier ; Secrétaire du Conseil, M. Gariel (C.-M.).

Société Entomologique de France : Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Alluaud ; Secrétaire, M. Ph. François ; Archiviste-Bibliothécaire, M. Léveillé.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques : Séances les 1er et 3e jeudis de 4 à 6 heures. — Président, M. le Dr Verchère ; Secrétaire, M. le Dr Dignat.

Société de Médecine vétérinaire pratique : Séance le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Président, M. Lavedan ; Secrétaire général, M. Rossignol.

Société de Stomatologie : Séances le 3e lundi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, M. le Dr Cruet ; Secrétaire général, M. le Dr Ferrier.

Société d'Ophtalmologie de Paris : Séances le 1er mardi du mois, de h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, Dr Boucheron ; Secrétaire, M. le Dr Wuillaumenet.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle : Secrétariat. Séances le 4e mercredi du mois, de 8 à 10 h. du soir. Président : Dr Brouardel ; Secrétaire général, Dr A.-J. Martin.

Société d'Otologie et de Laryngologie : (date à fixer), Secrétaire : M. le Dr Joal.

Société française d'Ophtalmologie : Secrétaire du Comité, M. le Dr Duboys de la Vigerie.

Société Astronomique de France : Séance le 1er mercredi du mois, de 8 à 10 heures du soir. Président, M. O. Callandreau ; Secrétaire général, M. Camille Flammarion.

Association Polytechnique : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, Dr Brouardel ; Secrétaire général, M. Malétras.

Société française de Navigation aérienne : Séances les 1er et 3e jeudis du mois, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, Prince Roland Bonaparte ; Vice-Président, M. de Fonvielle ; Secrétaire général, M. Triboulet.

Société géologique de France.

Société de Statistique : Séances le 3e mercredi du mois, de 9 à 11 h. du soir. Président, M. Fernand Faure ; Secrétaire général, M. Fléchey.

Société d'Hypnologie et de Psychologie : Séance le 3e lundi de chaque mois, à 4 heures 1/2. Président, M. le Dr Voisin. Secrétaire général, M. le Dr Bérillon.

Société des Chefs d'Institution : Président, M. Grousset ; Secrétaire général, M. Bourgeon.

Société amicale des anciens Elèves de l'Association Polytechnique : Président, M. Noble ; Secrétaire général, M. Delagarde.

Société météorologique de France : Secrétaire général, M. Teisserenc de Bort.

Société pour l'instruction et la protection des Sourds-Muets : Vice-président, M. E. Grosselin

Association sténographique unitaire : Président, M. Boutillier ; Secrétaire général, M. Lanissol.

Société pour la propagation des langues étrangères : Cours tous les soirs ; Directeurs MM. Deniker, Schweitzer et Rauber ; Secrétaire général, M. Lemaire.

Œuvre de l'Orphelinat de l'Enseignement primaire : Président, M. Mézières ; Secrétaire général, M. Viénot.

Union des Syndicats médicaux de France : Président, M. le Dr Lande, de Bordeaux ; Secrétaire général, M. le Dr J. Noir.

Syndicat des Médecins de la Seine : Président, M. le Dr Jamin ; Secrétaire général, M. le Dr Séailles.

Association des Etudiants de Paris.

Union des Etudiants hellènes à Paris : Séances le 1er jeudi de chaque mois.

Société française de Tempérance : Séance le 2e mardi de chaque mois à 4 h. 1/2. Président, M. Cheysson ; Secrétaire général, M. le Dr Philbert.

Association Meusienne : Président, M. André Theuriet ; Secrétaire général, M. Bergeolle.

Société d'Apiculture et d'Insectologie : Séance le troisième mercredi de chaque mois, à 2 heures. Président, M. de Hérédia ; Secrétaire général, M. Sevalle.

Société de Sociologie de Paris : Séances le deuxième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir. Président, M. Beaurin-Gressier. Secrétaire général, M. R. Worms.

Association amicale des Elèves et anciens Elèves de l'Union française de la Jeunesse : Secrétariat Président, M. Guillain ; Secrétaire général, M. Mathieu.

Association centrale des Vétérinaires : Président, M. Leblanc, Secrétaire général, M. Rossignol.

Société médicale des Praticiens : President, M. Dr P. Bilhault ; Secrétaire général, M. Dr P. Barlerin.

Société zoologique de France.

Institut psychologique international.

La France coloniale.

ECOLES DENTAIRES DE PARIS.

I. Ecole dentaire de Paris.

(Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, reconnue d'utilité publique), 45, rue de la Tour-d'Auvergne et 5 bis, cité Milton.

Président-Directeur : Ch. Godon.
Directeur-adjoint : P. Martinier.
Secrétaire général : E. Sauvez.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France (en 1880). Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'école délivre un diplôme spécial après *quatre années d'études*. Les décrets réglementant les conditions d'études de l'art dentaire l'ont reconnue comme *école préparatoire au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste*, pour lequel elle délivre les incriptions réglementaires.

L'*enseignement* est divisé en deux parties : l'une *théorique*, l'autre *pratique* ; il est médical et technique et réparti en quatre années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 5 à 7 heures. *Cours de 1re année* : Physique, métallurgie et mécanique appliquées chimie appliquée, anatomie descriptive et histologie, physiologie ; — *Cours de 2e année* : Anatomie descriptive, physiologie, histologie ; micrographie, dissection, pathologie interne et externe générale et spéciale, thérapeutique et matière médicale, prothèse dentaire ; — *Cours de 3e et de 4e année* : 1° Anatomie et physiologie spéciales ; pathologie interne générale et spéciale (affections de la bouche) ; 2° pathologie externe générale et spéciale (affections de la bouche) ; 3° pathologie dentaire ; 4° bactériologie ; 5° thérapeutique spéciale ; 6° anesthésie ; 7° prothèse ; 8° droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

Professeurs : MM. Barié, Bezançon, Blocman, Bonnard, Frey, Friteau, Marie, Godon, Grimbert, Heidé, Jean, Launois, Lemerle, Marié, Martinier, Monnet, Papot, Pinet, Richard-Chauvin, Retterer, Ronnet, Roy, Sauvez, Sébileau, Serres, Touchard, Viau, Worms.

Professeurs suppléants : MM. Billet, Capron, Choquet, d'Argent, Jullien, Loup, Mendel-Joseph.

Chefs des travaux pratiques : MM. Cecconi, Choquet, Mendel-Joseph.

Chefs de clinique : MM. Audy, Charpentier, Blatter, de Croes, Devoucoux, Delair, Gross, Jeay, Maire, Paulme, Weber.

Démonstrateurs et préparateurs des cours : MM. Amen, Arnold, Baelen, Baudet, Borsier, Delaunay, Denis, Fresnel, Houdour, Hugot, Lannois, Lemaire, Lemerle fils, Liskenne, Mahé, Pelissier, Roger, Ronnet, Staviski, Stévenin.

Démonstrateurs journaliers de dentisterie opératoire : MM. Blatter, Charpentier, Masson.

Aides de chirurgie : MM. X.. et Collard.

Pour suivre les cours, il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 500 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes. — Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Les décrets réglementant les conditions, etc. L'école délivre un diplôme spécial.

II. Association de l'Ecole Odontotechnique (1).

Président du Conseil d'administration : H. Ducournau.

Cette association scientifique et philanthropique a été fondée en 1878 pour le relèvement scientique et moral de l'art dentaire en France, et comporte comme mode d'action un enseignement théorique et pratique spécial représenté par une Ecole dentaire avec dispensaire gratuit pour les maladies des dents. Son siège social est rue Garancière, 5.

Dès son début, cette école dentaire s'est placée sous le haut patronage d'un conseil scientifique composé d'hommes éminents, tels que MM. les professeurs Brouardel, Richet, Guyon, Duplay, Fournier, Proust, Gariel, Tillaux.

Ecole et Clinique dentaires.

Directeur : M. le Dr Queudot. — Sous-directeur : M. Hivert. — Inspecteur : M. le Dr Mora.

Professeurs de clinique : Lundi, M. Rodolphe, professeur suppléant. — Mardi, M. Possicelsky. — Mercredi, M. le Dr Siffre, professeur. — Jeudi, M. Ducournau, M. Bruel, prof. suppleant. — Vendredi, M. Hivert, M. Astié (Gaston), prof. — Samedi, M. Berlioz, prof. suppléant.

Chefs de clinique : MM. Barrelier (J.), N... Leguay, M. Astié H.), Leproust, Vauthier, H. Fort, Dr Page, Grimaud, Hervochon, Jannot.

Professeurs de prothèse : M. Maleplate, mercredi et samedi, de 8 heures à 10 heures. Chefs de clinique, MM. Mauroy, Fabre Fontanel.

Professeurs de dentisterie opératoire (cours théoriques et pratiques) : M. Lambert, lundi, de 8 à 10 h. — MM. le Dr Queudot, professeur, Bertrand, prof. — M. Franchette, prof., M. Frison, prof., les mardi, jeudi et samedi, de 8 à 10 h. — M. le Dr Amoedo, mardi, de 8 à 10 h. — M. Neech (Edouard), prof., vendredi de 8 à 10 h.

Cours théoriques du soir (de 8 à 10 heures).

Professeur d'anesthésie : M. Darin, samedi, à 6 heures. — M. le Dr Rovillain, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique buccales* : M. le Dr Damain, professeur ; M. le Dr Grattery, prof. suppléant, mercredi à 5 heures. — *Anatomie et physiologie* : M. le Dr Rousseau, professeur, lundi et vendredi à 5 heures ; M. le Dr Lyon, professeur suppléant. — *Physique chimie*, etc., M. le Dr Viron, lundi et jeudi à 5 heures ; M. Charon, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique dentaires* : MM Dr Queudot, Hivert, Dr Labedinsky, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — *Mécanique et prothèses dentaires* : M. Franchette, jeudi, à 10 h. 1/2 ; mercredi, à 6 h. — *Pathologie et thérapeutique générales* (Éléments de) : MM. le Dr Damain, professeur et le Dr Grattery, professeur suppléant, mercredi, à 5 heures. — *Dissection* : M. le Dr Rousseau et M. le Dr Lyon, vendredi, à 9 h. — *Micrographie* : M. le Dr Damain, le mardi, à 5 h. 1/2 ; préparateur, M. Franchette — *Bactériologie*, M. le Dr Damain, avec la collaboration de M. Franchette. — *Mécanique et physique appliquées* : M. Franchette, prof., jeudi, à 10 h. 1/2. — *Hygiène et déontologie* : M. le Dr Mora, le samedi, à 6 heures. — *Laboratoire de prothese* : Tous les jours, de 2 h. à 6 h. du soir. Mercredi et samedi, de 8 à 10 h. du matin.

Bibliothécaire et conservateur du Musée : M. le Dr Mora.

III. Ecole dentaire Française (2)

L'École Dentaire Française a son siège au 29 du boulevard Saint-Martin, près de la place de la République, dans de vastes locaux formant pavillon indépendant, aménagés tout spécialement à fin d'Ecole Dentaire ; les élèves y trouvent par conséquent espace, aération, lumière, etc.

L'Ecole Dentaire Française donne l'enseignement dentaire classique pour les examens de la Faculté de Médecine, en vue d'obtenir le diplôme de Chirurgien-Dentiste, aux élèves des deux sexes. Le programme officiel est complètement enseigné. Les cours théoriques sont faits exclusivement par des docteurs professeurs aux Facultés de Médecine et de Sciences. Les travaux pratiques ont lieu tous les matins à la clinique quotidienne de l'Ecole et dans les cliniques des hôpitaux ; ils sont dirigés par des docteurs spécialistes en art dentaire et par des chirurgiens dentistes de la Faculté. Les cours théoriques ont lieu tous les soirs de 6 à 7 heures. La durée des études est de trois ans, conformément à la loi. L'Ecole reçoit aussi des élèves libres pour la totalité ou partie des études.

La Prothèse dentaire, si intéressante à tous égards, est enseignée d'une façon effective et pratique. L'annexe : *Ecole de Prothèse*, ou mécanique dentaire, reçoit aussi des élèves en prothèse. Des règlements intérieurs, appropriés à l'âge de MM. les Elèves, assurent l'ordre, la régularité des travaux, le bon fonctionnement des différents services.

Corps enseignant : Professeurs : Dr Anglas, Docteur ès-sciences, Préparateur à la Faculté des Sciences, P. C. N. Dr Arrou, Chirurgien des Hôpitaux. Dr Diamantberger, Médecin adjoint à l'Hôpital Rotschild. Dr Kahn, Préparateur d'Histologie à la Faculté de médecine. Dr Labady, Professeur libre d'anatomie. Dr La Bonne, Dr Lacaze, médecin à l'Hôpital international. Dr Loisel, médecin à l'Hôpital International. Dr Petit (Georges), médecin à l'Hôpital d'Ormesson. M. Pereygue, Docteur ès-sciences. M. De Ribaucourt, Docteur ès-sciences, Préparateur à la Faculté des Sciences, P. C. N. Dr Rousseau, Chirurgien-Dentiste des Hôpitaux. Dr Weber, Préparateur d'Histologie de la Faculté de médecine.

Chefs de Clinique et Démonstrateurs : MM. Bassot, Billoray, Buchy, Bielle, Chateau, Deneuve, Pourcode, Gatineau, Hach de la Loge de Saint Brisson, Mercadier, Mlle Rousseau M., Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de médecine : *Prothèse* : Chef, Gastaud C.

Directeur Général ; Dr Rousseau, (O. A.) Chirurgien-Dentiste des Hôpitaux et de l'Etat ; *Censeur des Etudes* : Dr Georges Petit. (O. A.) médecin à l'Hopital d'Ormesson, professeur libre d'Anatomie.

Les cours de l'Ecole commencent en novembre pour se terminer en juillet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Doyen : M. L. Vialleton. — *Secrétaire* : M. H. Got.

Doyen honoraire : M. Mairet.

Professeurs honoraires : MM. Jaumes, Dubreuil, Paulet.

Année scolaire 1901-1902.

Semestre d'hiver. — Cours.

Du 3 novembre 3 au mars.

Anatomie : M. Gilis, professeur. Anatomie topographique : régions du bassin — *Anatomie* : M. Mouret, agrégé. Anatomie du système nerveux central. — *Anatomie* : M. Riche, prosecteur. Anatomie descriptive. Arthrologie, Angéiologie. — *Physiologie* : M. Poujol, agrégé. Les sécrétions. — *Physique biologique* : M. A. Imbert, professeur. Production d'énergie des êtres vivants. — *Chimie biologique* : Moitessier, agrégé. Tissus et organes, aliments et digestion. *Pathologie externe* : de Rouville, agrégé. Maladies des organes génitaux de la femme. — *Accouchements* : M. Puech, agrégé. De la grossesse normale. De l'accouchement en général et dans les diverses présentations. Opérations obstétricales. — *Pathologie interne* : M. Ducamp, professeur. Les maladies générales. — *Anatomie pathologique* : M. Bosc, professeur. Les maladies parasitaires. — *Thérapeutique et matière médicale* : M. Hamelin, professeur. Médications s'adressant aux éléments morbides. (Indications, agents médicamenteux). — *Histoire naturelle médicale* : M. Galavielle, agrégé. Des végétaux employés en médecine. — *Physique pathologique* : M. Bertin-Sans, agrégé. Electrothérapie et radiographie (à l'hôpital, toute l'année). — *Enseignements divers* : M. Girard, professeur au lycée, allemand ; préparation à l'École du service de santé militaire de Lyon (hiver et été).

Semestre d'été. — Cours.

Du 3 mars au 31 juillet.

Histologie : M. Vialleton, professeur. Les tissus. (Histologie et développement). — *Physiologie* : M. Hédon, professeur. Circulation. — *Chimie biologique* : M. Ville, professeur. Liquides de l'organisme. — *Physique biologique* : M. Bertin-Sans, agrégé. Action des agents physiques de l'organisme. — *Pathologie externe* : M. Jeanbrau, agrégé. Questions diverses. — *Medecine opératoire* : M. Estor, professeur. Chirurgie des membres — *Pathologie générale* : M. Raymond, agregé. Appareils genito-urinaires de l'homme et de la femme. — *Pathologie interne*. M. Vedel, agrégé. Les maladies du système nerveux. — *Histoire naturelle médicale*. M. Granel, professeur. Maladies parasitaires. Parasites animaux et végétaux. — *Microbiologie*. M. Rodet, professeur.

(1) Reconnue comme *établissement d'utilité* par décret du 22 mars 1892.

(2) Reconnue conforme à l'art. 4 de la loi du 12 juillet 1875 et à l'article 1er du décret du 25 juillet 1876, autorisée à fonctionner par lettre de M. le Ministre de l'Instruction Publique en date du 25 novembre 1893.

Propriétés générales des microbes; fonction pathogène. Toxines et leurs effets sur l'organisme. — *Hygiène* . M. Bertin-Sans, professeur. Hygiène de l'habitation et du vêtement. — *Médecine légale* . M. Sarda, professeur. Toxicologie. — *Chimie pathologique.* M. Moitessier, agrégé. Exercice de chimie clinique (à l'hôpital, toute l'année).

Cliniques (*Hiver et Eté*).

Clinique interne . MM. Grasset et Carrieu. — *Clinique externe* . MM. Tédenat et Forgue. — *Clinique obstétr. et gynécologique* . M. Grynfeltt. M. Vallois, agrégé, chargé de cours. — *Maladies mentales et nerveuses.* M. Mairet. — *Maladies des yeux.* M. Truc. — *Maladies des enfants* . M. Baumel.

cliniques annexes (*Hiver et Eté*).

Maladies des vieillards . M. Vires, agrégé. — *Maladies syphilitiques et cutanées* . M. Brousse, agrégé. — *Chirurgie des enfants* . M. Estor, professeur.

cliniques propédeutiques (*Hiver et Eté*).

Médecine : M. Vires, agrégé : *Chirurgie* : M. de Rouville, agrégé. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Brousse, agrégé. — *Accouchements, maladies des femmes.* M. Vallois, agrégé, chargé de cours -- *Maladies des yeux* : M. Truc, professeur. — *Maladies des enfants* : M. Baumel, professeur. — *Maladies des vieillards* : M. Vires, agrégé. — *Maladies du larynx, du nez et des oreilles* : M. Hédon, professeur.

Travaux pratiques obligatoires.

Anatomie : M. Mouret, agrégé, chef des travaux. Tous les jours : 1re année : le matin ; 2e année : de 1 à 3 h. — *Chimie biologique* : M. Martre, chef des travaux. Institut de biologie (2e année). — *Anatomie pathologique* : M. Vedel, chef des travaux. Exercices au laboratoire (de midi à deux heures), 3e et 4e année. — *Physique appliquée à la clinique* : MM. Imbert et H. Bertin. Electrothérapie dans les hôpitaux. — *Chimie appliquée à la clinique* . M. Moitessier, chef de laboratoire. Exercice de chimie clinique, le matin, à l'hôpital. — *Ophtalmologie* : MM. Imbert et Truc, professeurs. Institut d'ophtalmologie : mercredi et jeudi (hiver et été). —*Histologie* : M. Grynfeltt, chef des travaux. Laboratoire d'histologie, 1re année, 2e année. — *Physiologie* : M. Poujol, chef des travaux. Salle spéciale de travaux, 1re année, 2e année. — *Physique biologique* : M. Gagnière, chef des travaux. Institut de biologie (2e an.). — *Médecine opératoire* ; M. Mouret, chef des travaux. Pavillon anatomique (3e année). — *Microbiologie* : M. N...., chef des travaux. Laboratoire de bactériologie (3e et 4e an.). — *Histoire naturelle médicale* : MM. Granel et Galavielle. Instituts de botanique et de zoologie (3e et 4e an.).

Sages-Femmes.

2e Année . M. Vallois, agrégé. Théorie et pratique des accouchements. — 1e année. M. Puech, agrégé. Anatomie et physiologie élémentaires. Pathologie élémentaire.

Division des études.

Semestre d'hiver. — 1re *Année.* Cours d'Anatomie, de Physique biologique, de Physiologie ; Trav. pratiques d'Anat. — 2e *Année* . Cliniques . Cours d'Anatomie, de Physique biologique, et Physiologie ; Travaux pratiques d'anatomie, de chimie biologique — 3e *Année* . Cliniques ; Cours de pathologie interne, de pathologie externe, d'anatomie pathologique, d'accouchements, d'histoire naturelle médicale ; Travaux pratiques de pathologique. — 4e *Année* . Cliniques . Cours de Pathologie interne, de Pathologie externe, d'Accouchements, d'Anatomie pathologique, de Thérapeutique et Matière médicale, d'histoire naturelle médicale. Travaux pratiques d'Anatomie pathologique.

Semestre d'été. — 1re *Année* : Cliniques ; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Physique biologique, de Chimie biologique ; Travaux pratiques d'Histologie, de Physiologie. — 2e *Année.* Cliniques ; Cours d'Histologie, de Physiologie, de Chimie biologique, de Physique pathologique ; Travaux pratiques d'histologie, de Physiologie, de Physique biologique. — 3e *Année* . Cliniques ; Cours de pathologie interne, de Pathologie externe, de Médecine opératoire, de Pathologie générale, de Parasitologie, de Microbiologie ; Travaux pratiques de médecine opératoire, de parasitologie, de microbiologie. — 4e *Année.* Cliniques. Cours de Pathologie interne, de Pathologie externe, de Médecine opératoire, de Pathologie générale, de Microbiologie, d'Hygiène, de Médecine légale, de Parasitologie.

Renseignements divers.

Le *Musée anatomique* et le *Musée d'hygiène* sont ouverts aux élèves : le premier, tous les jours, de midi à 4 h.; le second les lundi, mercredi et vendredi, de 2 à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des Plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi et demi à 6 heures 1/2 et le soir, de 8 heures à 10 heures, en hiver ; de 9 h. à 11 1/2 du matin, et de 1 h. à 6 h. 1/2 du soir, en été. — *Inscriptions trimestrielles* : Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 2 heures à 4 h., du 20 octobre au 10 novembre, du 3 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 5 au 30 juin. — *Déclarations d'examens* . Elles sont reçues tous les jours, le samedi excepté, de 9 h. à midi, en vue des examens de la semaine suivante.

Prix décernés annuellement par la Faculté. — Prix de 1e. année. Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 2e année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 3e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix de 4e année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix Fontaine, 423 francs. Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat. — Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité de doctorat. — Prix Bouisson, la rente de 140.000 francs, divisée également entre cinq élèves méritants ayant fait toutes leurs études (thèse comprise) à la Faculté de Montpellier. — Nous donnerons dans le prochain no la liste des Thèses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Doyen : M. le Pr Gross ;

Professeurs honoraires : MM. Herrgott, Hecht, Beaunis.

Année scolaire 1901-1902.

Cliniques. Cours et Travaux pratiques.

Semestre d'hiver. Du 3 Novembre au 15 Mars.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. Spillmann, professeur à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, professeur à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale et accouchements : M. Herrgott, professeur à la Maternité, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer, professeur à l'hôpital civil, mercredi, vendredi, à 11 h. — Anatomie : M. Nicolas, professeur, système vasculaire ; splanchnologie, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4 ; embryogénie, jeudi, à 9 h. 3/4. — Histologie : M. Prenant, professeur, histologie des organes, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 3/4. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur, questions générales d'anatomie pathologique, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Médecine légale : M. Demange, professeur, asphyxies, empoisonnements, déontologie médicale ; l'exercice de la médecine, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Hygiène : M. Macé, professeur, hygiène alimentaire, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. — Thérapeutique et matière médicale : M. Schmitt, professeur, traitement des maladies de la nutrition et de l'appareil respiratoire, mardi, jeudi, samedi, à 5 h.

Cliniques complémentaires. — Maladies des vieillards : M. Parisot, agrégé libre, à l'hospice Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h. — Maladies des enfants : M. Haushalter, agrégé libre, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé libre, à la Maison de secours, mercredi, vendredi, à 10 h. — Electrothérapie et radiographie (fondation de l'Université) : M. Guilloz, agrégé, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. — Orthopédie (fondation de l'Université) : M. Frœlich, agrégé, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. — Oto-rhino-laryngologie (fondation de l'Université) : M. Jacques, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, vendredi, à 10 h. — Maladies des voies urinaires (fondation de l'Université) : M. André, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, à 10 h. — Pathologie externe : M. Vautrin, agrégé libre, chirurgie de l'intestin, du foie, de la rate et du pancréas, chirurgie du thorax, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé, eutocie, dystocie, lundi, mercredi, à 4 h.

Travaux pratiques. — Anatomie : M. Nicolas, professeur, directeur des travaux, dissection, tous les jours de 1 h. 1/2 à 5. h. — Histologie : M. Bouin, agrégé, chef des travaux, technique histologique. Démonstrations pratiques, lundi, mercredi, vendredi, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur, questions spéciales d'anatomie pathologique, mardi, jeudi, 2 à 4 h. — Médecine légale : M. Demange, professeur, exercices pratiques.

Conférences. — Chimie biologique : M. Guérin, agrégé, circulation de la matière chez les êtres vivants. Phénomènes chimiques de la nutrition et de la respiration. Chimie du sang et des matières albuminoïdes, mardi, samedi, à 9 h. 1/4. — Histologie : M. Bouin, agrégé, histologie des organes des sens, mardi, jeudi, à 4 h. — Anatomie pathologique. M. Zilgien, agrégé, démonstrations, samedi,

à 11 h. — Bandages et appareils, M. Frœlich, agrégé, conférence pratique, lundi, à 5 h. — Diagnostic médical : M. Étienne, agrégé, appareil respiratoire et appareil circulatoire, vendredi, à 5 h. — Pathologie générale et Bactériologie : M. L. Spillmann, agrégé, séméiologie générale et Bactériologie appliquée, lundi, vendredi, à 5 h.

Semestre d'été. Du 16 Mars au 31 Juillet.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. Spillmann, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale et accouchements : M. Herrgott, professeur, à la Maternité, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer, professeur à l'hôpital civil, mercredi, vendredi, à 11 h. — Physiologie : M. Meyer, professeur, physiologie générale des nerfs et des muscles, le sang et les produits de sécrétion, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, optique physiologique. Acoustique, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Chimie et toxicologie : M. Garnier, professeur, Chimie biologique. Liquides et produits d'excrétion : urine, sueur, sébum, mucus. Liquides et produits de sécrétion : sperme, œuf, lait. Alcaloïdes végétaux et animaux ; mardi, mercredi, à 11 h. ; toxicologie, poisons volatils et gazeux, poisons métalliques, samedi, à 3 h. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, opérations sur l'appareil génital de la femme, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — Pathologie générale et pathologie interne : M. Simon, professeur, les maladies de la nutrition, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Histoire naturelle médicale : M. Vuillemin, professeur, diagnose des parasites, (1re année), mardi, jeudi, à 5 h. 1/2 ; les parasites de l'homme dans la nature et dans l'organisme (3e année), mercredi, à 5 h. 1/2.

Cours. — Maladie des vieillards : M. P. Parisot, agrégé libre, à l'hôpital Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h. — Maladie des enfants : M. Haushalter, agrégé libre, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé libre, à la Maison de secours, mercredi, vendredi, à 10 h. — Électrothérapie (fondation de l'Université) : M. Guilloz, agrégé, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. — Orthopédie (fondation de l'Université) : M. Frœlich, agrégé, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. ; maladies orthopédiques du tronc et des membres inférieurs, lundi, à 3 h. — Oto-rhino-laryngologie (fondation de l'Université) : M. Jacques, agrégé, à l'hôpital civil, mercredi, à 3 h. ; maladies du nez, du pharynx et du larynx, lundi, vendredi, à 10 h. — Maladies des voies urinaires (fondation de l'Université) : M. André, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, à 10 h. ; maladies de l'urèthre et de la vessie, vendredi, à 3 h.

Travaux pratiques. — Physiologie : MM. Meyer, professeur, et Lambert, agrégé, chef des travaux, démonstrations expérimentales et exercices pratiques, 1re et 2e année, samedi, à 5 h. ; 1re année, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2. 2e année, mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 1/2. — Chimie médicale : M. Garnier, professeur, analyse des urines, du lait, du suc gastrique, etc., dosages volumétriques. Étude des corps organiques, mercredi, vendredi, 8 h. à 11 h. ; conférence préparatoire, lundi, à 2 h. — Physique médicale : M. Guilloz, agrégé, chef des travaux, physique appliquée, vendredi, à 2 h. — Histologie : M. Bouin, agrégé, chef des travaux, démonstrations, exercices pratiques (3e année), vendredi, à 1 h. 1/2. — Histoire naturelle médicale : M. Vuillemin, professeur, travaux pratiques, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. à 11 h. — Médecine opératoire : M. G. Michel, agrégé, exercices pratiques, mardi, jeudi, à 5 h. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur, questions spéciales d'anatomie pathologique, mardi, jeudi, 2 à 4 h. — Médecine légale : M. Demange, professeur, exercices pratiques.

Conférences. — M. Lambert, agrégé, phénomènes généraux de la nutrition, mercredi, à 3 h. 1/2. — Anatomie topographique : M. Jacques, agrégé, topographie des viscères abdominaux et pelviens. Régions du membre inférieur, lundi, vendredi, à 6 h. — Anatomie pathologique : M. Zilgien, agrégé, questions d'anatomie pathologique, jeudi à 11 h. — Maladies mentales : P. Parisot, agrégé libre, à l'hospice Saint-Julien, samedi, à 10 h. — Diagnostic médical : M. Étienne, agrégé, appareil respiratoire et circulatoire, vendredi, à 4 h. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé, opérations obstétricales, lundi, vendredi, à 5 h.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté décerne les prix suivants à la suite de concours distincts pour chacune des années d'étude. — Prix universitaires (lettre ministérielle du 26 mars 1896) : 1° Prix d'anatomie et histologie, 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves en médecine de 2e année sont seuls admis à concourir. — 2° Prix de physiologie, 1 médaille d'argent et 100 francs de livres. Les élèves en médecine de 2e année sont seuls admis à concourir. — 3° Prix de chirurgie et accouchements, 1 médaille d'argent et 185 francs de livres. Les élèves en médecine de 4e année sont seuls admis à concourir. — 4° Prix de médecine, 1 médaille et 185 fr. de livres. Les élèves en médecine de 4e année sont seuls admis à concourir. — Les lauréats auront droit au remboursement des droits d'inscriptions versés par eux dans le courant de la dernière année scolaire. (Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854). Prix de thèse de 325 francs (donné par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la Ville de Nancy). Prix de l'Internat dit prix Bénit. Les mémoires devront être remis au secrétariat avant le 1er juillet. Prix Ritter, de 800 francs, attribué tous les deux ans au meilleur travail original de chimie médicale, fait dans un laboratoire de la Faculté de Nancy par un élève ou un ancien élève de cette Faculté. — Prix Albert Heydenreich-Victor Parisot, de 500 francs. Ce prix sera décerné en 1901-1902 au meilleur travail original de chirurgie, en 1902-1903 au meilleur travail original de médecine. Les mémoires devront être remis au secrétariat avant le 1er juin de chaque année.

Immatriculation. — Tout étudiant, qui se présente pour prendre sa première inscription, est tenu de déposer au secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur : ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur ; 3° un certificat constatant qu'il a été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ; 4° pour les docteurs en médecine : le diplôme ou certificat de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec la mention : *lettres-philosophie*, et le certificat d'études primaires supérieures. — Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de dix heures à midi, du 24 octobre au 11 novembre, et pour les trimestres suivants, du 5 au 15 janvier, du 16 au 25 mars, du 1er au 10 juin. — Les *Cours* et les *Travaux pratiques* commenceront le vendredi 3 novembre.

Gratuités d'inscriptions. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions seront adressées au Doyen de la Faculté, du 16 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1887.) Elles seront accompagnées d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

Thèses de l'année 1900-1901.

MM. Jules-Alfred Baldensperger, La Sclérite. — Léon-Joseph Barrois, Étude sur le Kho-Sam. — Marie-Gaston de Bazelaire de Ruppierre, De la peur chez les vieillards. — Mme Marie Beltcheva, Quelques considérations sur la chlorose. — Louis-Pierre Clauss, Étude sur la tuberculose infantile. — Adrien Derappe, Des abcès consécutifs aux injections sous-cutanées dans le cours de la pneumonie et de la fièvre typhoïde. — Mlle Zaharine Dimitrova, Recherches sur la structure de la glande pinéale chez quelques mammifères. — Charles Donet, Contribution à l'étude du tube traumatique considéré au point de vue médico-légal. — Marie-François-Joseph Dreyer, De l'urétrotomie complémentaire. — Nicolas Gartcheff, Du traitement palliatif non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.

MM. Léon Hambartzoumian, Accident méningitique consécutif aux corps étrangers et blessures de l'orbite. — Charles Lemaire, Du syndrome arthropathique de Charcot dans certaines affections de la moelle. — Jean Mathieu, Ostéomyélites simulant une tumeur. — Louis Michel, De la coxa-vara. — Louis-Eugène-Raoul Nivelet, Contribution à l'étude de la pleurite interlobaire. — Paul-Jean-Nicolas Pillement, Action physiologique et clinique des huiles iodées. — Iliazar-Israël Schaeter, De la Trichosporie (Piedra Nostras et Piedra Columbica). — Nicolas Schmit, Contribution à l'étude clinique des complications rénales de la grippe. — Stéphan Tananoff, Du sommeil et de l'insomnie chez le vieillard. Des effets hypnotiques de la péronine et de la dionine. — Marc-Marie-Éloy Urmès, De la pneumonie traumatique. — Victor-Marie-Joseph Vigneron, De la prostitution clandestine à Nancy, esquisse d'hygiène sociale.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY.

Directeurs honoraires : MM. Jacquemin, Schlagdenhauffen,
Professeur honoraire : M. Schlagdenhauffen,

PROGRAMME DES COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902.

Semestre d'hiver (du 3 novembre au 15 mars).

Cours.

Histoire naturelle : M. Godfrin, professeur, anatomie végétale appliquée, lundi, vendredi, à 10 h. — *Chimie* : M. Held, professeur, série grasse; lundi, jeudi, à 11 h. — *Pharmacie* : M. Kobb, professeur, médicaments se rattachant à la série aromatique, mercredi, samedi, à 2 h. — *Toxicologie et physique* : M. Favrel ; agrégé, chargé du cours : Toxiques de la série organique, lundi.

vendredi, à 9 h : physique appliquée à la pharmacie ; mercredi, à 9 h.

Cours complémentaires.

Chimie minérale : M. Held, professeur, métalloïdes : mardi, à 10 h. 1/2. — *Cryptogamie* (fondation de l'Université) : M. Brunotte, agrégé libre, cryptogames vasculaires : mercredi, vendredi, à 5 h. — *Législation pharmaceutique* (fondation de l'Ecole) : M. Déglin, docteur en droit, la profession (admission, contrôle, contravention), responsabilité civile et pénale. — Expertises. — Assistance. — Syndicats : jeudi, à 9 h.

Conférences.

Hydrologie et minéralogie : M. Favrel, hydrologie et minéralogie ; mercredi et vendredi, à 11 h. — *Histoire naturelle* : M. Grélot, agrégé, zoologie appliquée à la pharmacie, mercredi, à 10 h. samedi, à 3 h. — *Préparations aux travaux pratiques* : M. Girardet, chef de travaux, analyse qualitative et quantitative, mardi, jeudi, à 8 h.

Travaux pratiques.

Physique : M. Favrel, agrégé, élèves de 1re année, jeudi, de 9 à 11 h. - *Chimie* : MM Held et Girardet, élèves de 1re année et 2e année, jeudi de 2 h. à 5 h., samedi, de 9 à 12 h. — *Micrographie générale* : MM. Godfrin et Brunotte, élèves de 2e année, vendredi, de 2 à 5 h. — *Chimie* MM. : Held et Girardet, élèves de 3e année, mardi, de 9 a 12 h. — *Micrographie appliquée* : M M. N..., et Brunotte, élèves de 3e année, samedi, de 9 à 12 h.

Semestre d'été (du 16 mars au 31 juillet).

Cours.

Histoire naturelle : M. Godfrin, professeur, anatomie végétale appliquée ; vendredi, à 10 h. — *Chimie* ; M. Held, professeur ; série grasse ; lundi, à 4 h, vendredi, à 11 h. — *Pharmacie* : M. Klobb, professeur, médicaments se rattachant à la série aromatique ; mercredi, à 11 h. — *Matière médicale* : M. N., professeur ; drogues fournies par les cryptogames et les monocotylédones ; mardi, jeudi, à 9 h.. samedi, à 8 h.

Cours complémentaires.

Pharmacie galénique : M. Delcominete, chargé de cours, opérations pharmaceutiques, médicaments qui en dérivent : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Chimie* ; *minérale* : M. Held, professeur, chimie minérale (métalloïdes), mercredi, à 4 h. — *Bactériologie* (fondation de l'Université) ; M. Brunotte, agrégé libre, technique bactériologique et cultures : mardi, à 10 h.

Conférences.

Histoire naturelle : M. Grélot, agrégé, zoologie appliquée à la pharmacie : mercredi, à 10 h. — *Préparation aux travaux pratiques* : M. Girardet, chef de travaux, analyse qualitative et quantitative : samedi, à 8 h. (1re année), jeudi, a 8 h. (2e année).

Travaux pratiques.

Chimie analytique : MM. Held et Girardet, élèves de 1re et 2e années, mardi, de 2 à 5 h., samedi, de 9 à 12 h. — *Pharmacie* : MM. Klobb et Girardet, élèves de 2e année, mardi, de 2 à 5 h. — *Herborisation* : MM. Godfrin et Brunotte, élèves de 1re, 2e, 3e année, jeudi. — *Micrographie* : MM. Godfrin et Brunotte élèves de 2e année, vendredi, de 2 à 5 h. — *Micrographie appliquée* : M. N... et Brunotte, élèves de 3e année, samedi, de 9 à 12 h. — *Toxicologie* : M. Favrel-Girardet, élèves de 3e année, mercredi, de 8 a 11 h. *Bactériologie* : M. Brunotte, élèves de 3e année, mardi, de 2 à 5 h. — *Pharmacie galénique* : MM. Delcominete et Girardet, élèves de 3e année, lundi, de 10 à 12 h.

Prix annuels — Les prix suivants sont decernés à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études :

1° *Prix universitaires* (décret du 21 avril 1869). — De 1re année, 1 médaille d'argent et 30 francs de livres ; de 2e année, 1 médaille d'argent et 75 francs de livres ; de 3e année, 1 médaille d'or d'une valeur de 300 francs.

Les lauréats de 1re et de 2e années sont dispensés des droits d'inscription (120 francs) et d'examen semestriel (50 francs), afférents a l'année scolaire suivante ; le lauréat de 3e année aura droit à la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondant. Un lauréat qui aura obtenu successivement le prix de 1re de 2e et de 3e année, pourra de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe (décret du 21 avril 1869).

2° *Prix des travaux pratiques.* — En exécution de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878 : « Tout excédent de recette, constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques, après paiement des frais afférents a ces travaux, est employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants, » l'Ecole décerne annuellement une *médaille d'argent* et, en outre, une *médaille de bronze*, pour les concours suivants :

1re année, prix de chimie : 2e année, 1° prix de micrographie ; 2° prix de chimie ; 3e année, 1° prix de micrographie appliquée ; 2° prix de chimie et toxicologie.

3° *Prix du conseil général de Meurthe-et-Moselle* (250 francs) *et de la ville de Nancy* (75 francs).

4° *Prix de validation de stage officinal*, décerné par la *Société de Pharmacie Lorraine* (médaille d'argent).

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Doyens honoraires : M. Folet et M de Lapersonne.
M. Moniez, *prof. honoraire.*

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 4 NOVEMBRE 1901.

Cours.

Anatomie normale : M. Debierre, professeur. Moelle et Cerveau. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Histologie* : M. Laguesse, professeur. La Cellule. La Cellule-œuf. Fécondation : Segmentation, différenciation des principaux tissus et organes. Les tissus. Le système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 1/4. — *Anatomie pathologique et pathologie générale* : M. Curtis, professeur Maladie des artères, veines, cœur, reins et poumons. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — *Clinique medicale* : M. Lemoine, professeur. Tous les jours, exercices cliniques. Leçons cliniques les mardi, jeudi, samedi, à 9 heures — *Clinique chirurgicale* : M. Folet, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Charmeil, professeur. Leçons cliniques. Mercredi, samedi, à 10 heures. — *Clinique ophtalmologique* : M. Baudry, professeur. Leçons cliniques. Lundi, à 9 heures et jeudi, à 10 heures. — *Thérapeutique* : M. Ausset, agrégé, chargé du cours. Traitement des maladies de l'appareil respiratoire. Lundi, mercredi vendredi à 5 heures. — *Chimie minérale et Toxicologie* : M. Lescœur, professeur. *Chimie minérale et Toxicologie.* Métaux et métalloïdes. Application à la médecine, la pharmacie, la médecine légale, l'hygiène. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Pharmacie* : M. E. Gérard, agrégé, chargé du cours. 1° *Pharmacie galénique.* Médicaments préparés par solution et médicaments à base de matières sucrées. 2° *Pharmacie chimique.* Médicaments minéraux. Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures 3/4. — *Histoire naturelle des Parasites* : M. Th. Barrois, professeur. *Zoologie.* Vertébrés. Lundi, jeudi, à 9 heures 1/4. — M. Verdun, agrégé, chargé du cours. *Parasitologie.* Parasites végétaux et animaux. Mardi, à 3 heures.

Cours complémentaires

Accouchements : M. Oui, agrégé, chargé du cours. Pathologie de la grossesse et des suites de couches. Opérations obstétricales Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Maladies des voies urinaires* : M. Carlier, agrégé libre, chargé du cours. Tous les jours exercices cliniques. Leçons cliniques. Vendredi à 9 heures. — *Clinique médicale des enfants* : M. Carrière, agrégé, chargé du cours. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 11 heures.

Conférences de MM. les agrégés

Conférences de Pathologie interne : M. Patoir, agrégé. Maladies du système nerveux. Moëlle épinière et nerfs. Lundi, mercredi, vendredi, a 6 heures.

Conférences

Conférences de Physique (pour les étudiants en pharmacie) : M. Demeure, chef des travaux. Mécanique. Pesanteur. Lundi, mercredi, vendredi, a 10 heures 1/2. — *Conférences d'Anatomie* : M. G. Gérard, agrégé, chef des travaux d'anatomie. Organes de la circulation. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — M. Romignot, prosecteur d'anatomie. Ostéologie et arthrologie. Lundi, mercredi, vendredi, a 2 heures.

Travaux pratiques. Laboratoires

Dissections ; M. G. Gerard, agrégé, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 2 heures à 4 heures. — *Travaux du Laboratoire des cliniques* : M. Deléarde, agrégé, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, à 9 heures. — *Manipulations pharmaceutiques* : M. Vallée, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mercredi et samedi, de 2 heures à 5 heures. — *Travaux pratiques d'Histoire naturelle* : M. Fockeu, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, de 2 à 5 h. Vendredi, de 2 à 4 h. et Samedi, de 8 heures à 11 heures. — *Exercices pratiques de Physique* : M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Mardi et jeudi, de 2 heures à 4 heures. — *Travaux pratiques de Chimie miné-*

rale : M. Louis, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Médecine, vendredi, de 2 heures à 4 heures. Pharmacie, lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 5 heures. — *Travaux pratiques d'Anatomie pathologique* : M. Gellé, préparateur. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi et mercredi, de 2 h. à 4 heures.

Cours annexe

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes : M. Gaulard, professeur. Anatomie, Physiologie et Pathologie élémentaires (élèves 1re année). Théorie et pratique des accouchements (élèves 2me année). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures.

Rappel des cours du semestre d'été

Physiologie, M. Wertheimer, professeur, et M. Bédart, agrégé. (Conférences.) — Pathologie interne et Pathologie expérimentale, M. Surmont, professeur. — Hygiène et Bactériologie, M. Calmette, professeur. — Médecine opératoire et Maladies des voies urinaires, M. Carlier, chargé du cours. — Clinique médicale, M. Combemale, professeur. — Clinique chirurgicale, M. Dubar, professeur. — Clinique obstétricale, M. Gaulard, professeur. — Médecine légale, M. Castiaux, professeur. — Pathologie externe, M. Baudry, professeur. — Chimie organique, M. Lambling, professeur. — Physique médicale, M. Doumer, professeur. — Botanique, M. Fockeu, chargé du cours. — Pharmacie, M. E. Gérard, chargé du cours. — Clinique chirurgicale des enfants, M. Phocas, chargé du cours. — Conférence du Laboratoire des Cliniques, M. Délearde, agrégé.

Thèses de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille

(Année scolaire 1900-1901).

1. MM. Hubert Cresson. Traitement des hémorrhagies placentaires. — André-François Dorvaux. De la persistance simple du canal artériel. — Charles Lesne. Contribution à l'étude des kystes tubo-ovariens. — Edmond Carpentier. Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires chez l'enfant. — Louis Valentin. Les gastropathies cardiaques. — René-Joseph Jartel. De l'Hydrocèle congénitale tuberculeuse. — Fernand Boda. De l'autogreffe du Testicule. — Pierre Bournoville. La Typhose syphilitique. — Albert Foucher. Des kystes dermoïdes du poumon. — Henri-Isidore Lecat. L'état mental chez les blennorragiques.

11. Georges Louis. Contribution à l'étude de l'acidité urinaire. — Auguste Rembauville. De l'albuminurie et de son traitement par les alcalins. — Fernand Sonneville. La chorée chez l'enfant. — Raphaël Galimant. De l'hémiplégie hystérique du vieillard. — Clément Huriez. Des congestions pulmonaires du sommet simulant la tuberculose. — Casimir-Paul Dubois. L'atrésie du méat urinaire chez l'homme. — Jules Leclercq. La chorée de Sydenham et l'antipyrine à haute dose. — Paul Vansteenberghe. Contribution à l'étude des sérums anti-albumineux. — Akhoundoff. Contribution à l'étude du croup ascendant. — Paul Acheray. La lutte contre la tuberculose dans les milieux populaires.

21. Remy Deldalle. De la conduite à tenir dans les écrasements des membres. — Charles Courteville. Collections séreuses extradure-mériennes. — Fernand Imhoff. La diazoréaction d'Ehrlich dans la tuberculose. — Emile Fouquet. La pseudo-sclérose en plaques d'origine histérique. — Pierre Dufossez. Traitement des fistules vésico-vaginales. — Paul Lefebvre. Des éruptions consécutives à l'injection du sérum antidiphtérique. — Victor Maes. De la cryoscopie des urines. — René Dorion. L'amygdalite pharyngée aiguë chez les enfants. — Van Remoortère. Des ostéo-périostites de la fièvre typhoïde. — Vandeputte. La rechute dans la fièvre typhoïde.

Lille, le 26 octobre 1901.

Mon cher Confrère.

.... Il y a 468 étudiants en ce moment à notre Faculté ; le nombre d'examens subis l'année scolaire dernière a été de 881, et le nombre des diplômés de 102.

Comme évènements saillants, il y en a guère eu durant l'année. Nous avons changé de Doyen. M. de Lapersonne, nommé prof. d'ophtalmologie à Paris, a été remplacé par M. Combemale, professeur de clinique médicale.

Le concours des médecins et chirurgiens des hôpitaux, supprimé à Lille depuis que nous avons le triste privilège de posséder une faculté catholique, a été rétabli.

Deux concours, un de médecine, l'autre de chirurgie, viennent d'avoir lieu. Ils ont été particulièrement remarquables. MM. Patoir et Ingelrans ont été nommés médecins des hôpitaux, et Le Fort, chirurgien.

La suppression des aumôniers des hôpitaux avait été votée par 3 voix, contre 3 (avec voix prépondérante du Président), mais la complicité de la Préfecture du Nord a permis de les faire rétablir 4 mois après, en renvoyant aux hospices à fin d'une nouvelle délibération, sous le prétexte qu'il y a 7 administrateurs des hospices et que nous n'avions pas obtenu la majorité pour la suppression. Cette fois, les 4 délégués préfectoraux, dont le Doyen de la Faculté de l'Etat, ayant voté le maintien des aumôniers, nous avons été battus. La question se posera bientôt à propos du budget de 1902.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr X...

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

Le Doyen de la Faculté, correspondant de l'Institut, Lortet.

Professeurs honoraires : MM. Paulet, Chauveau.

Année scolaire 1901-1902.

Ouverture des cours le 5 novembre.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales : M. Lépine, professeur, visite tous les jours à 9 h., leçons cliniques : mardi, jeudi, samedi, à 10 h. Hôtel-Dieu. — M. Bonnet, professeur, Hôtel-Dieu. — *Cliniques chirurgicales* : M. Poncet, professeur, visite tous les jours à 9 h., leçons cliniques : lundi, mercredi, vendredi, à 10 h., Hôtel-Dieu. — M. X.., professeur, Hôtel-Dieu. Les cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants. Enseignement propédeutique de 8 à 9 h. pour les élèves de 1re année. — *Clinique obstétricale* : M. Fochier, professeur ; Visite et examens tous les matins de 8 à 9 h. à la Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Gayet, professeur, clinique : mardi, samedi, de 9 h. à 11 h. Hôtel-Dieu. Médecine, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Gailleton, professeur, leçon clinique : lundi, vendredi, de 9 h. à 11 h., Antiquaille. Médecine, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies mentales* : M. Pierret, professeur, clinique : tous les jours de 9 h. à 11 h. Asile de Bron. Médecine, 4e année. — *Clinique des maladies des enfants* : M. Weill, professeur, clinique : lundi, mercredi ; leçons vendredi, de 9 h. à 10 h. à la Charité. Médecine, 3e et 4e années. — *Chimie organique et Toxicologie* : M. Cazeneuve, professeur ; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. 1/4 à 4 h. 1/4. Institut de chimie. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. Médecine, 2e année. (vendredi). — *Matière Médicale et Botanique* : M. Florence, professeur ; leçons, lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre de la section C. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années. Médecine, 4e année. — *Parasites et microbes* : M. Lortet, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2, Amphithéâtre de la section A. Pharmacie, 1re et 3e années. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie* : M. Testut, professeur, leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de la section A. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie générale et Histologie* : M. Renaut, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre de la section B. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie pathologique* : M. Tripier, professeur ; leçons : mardi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques) ; jeudi, 8 h. matin, Hôtel-Dieu (Salle des Autopsies) ; samedi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques). Médecine, 3e et 4e années. — *Pathologie interne* : M. Teissier, professeur : leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 3e et 4e années. — *Médecine légale* : M. Lacassagne, professeur : leçons : lundi, 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de la section C. ; mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. à la Morgue. Médecine, 4e année. — *Thérapeutique* : M. Soulier, professeur : leçons : mardi, jeudi, samedi, de 3 h. à 4 h. 1/2. Petit Amphithéâtre de la section B. Médecine, 3e et 4e années.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales : M. Pierret. — *Physique médicale* : M. Monoyer. — *Physiologie* : M. Morat. — *Pathologie externe* : M. Augagneur. — *Pathologie générale* : M. Mayet. — *Médecine opératoire* : M. Pollosson (M.) — *Médecine expérimentale et comparée* : M. Arloing. — *Hygiène* : M. Courmont. — *Chimie biologique* : M. Hugounenq. — *Pharmacologie* : M. Crolas.

Enseignement complémentaire.

Clinique des maladies des femmes : M. Laroyenne, professeur adjoint ; La Charité (visite tous les matins, à 10 h.). Médecine, 4e année. — *Propédeutique de gynécologie* : M. Condamin, agré-

gé ; leçons : mardi, samedi, de 9 h. à 10 h. La Charité. Médecine, 4e année. — *Accouchements* : M. Fabre, agrégé : leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. La Charité. Médecine, 3e année. — *Anatomie topographique* : M. Durand, agrégé ; leçons : lundi, vendredi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre de la section A. Médecine, 3e année. — *Physiologie* : M. Doyon, agrégé ; conférences : lundi, mercredi, de 3 h. à 4 h. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques). Médecine, 1re et 2e années. — *Propédeutique médicale* : M. Roque, agrégé ; leçons : lundi, vendredi, de 4 h. à 5 h. Amphithéâtre de la section A. Médecine, 1re et 2e années. — *Analyse chimique quantitative* : M. Causse, docteur ès sciences ; leçons : mardi, samedi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Amphithéâtre de Pharmacie. Pharmacie, 3e année.

Enseignement auxiliaire.

Pathologie externe : M. Villard, agrégé : conférences : lundi, mercredi, de 4 h. à 5 h. Amphithéâtre de la section B. Médecine. 2e et 3e années. — *Médecine légale* : M. Boyer, agrégé : conférences : mardi, samedi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 4e année. — *Chimie analytique* : M. Barral, agrégé ; conférences : samedi, de 2 h. 3/4 à 3 h. 3/4. Institut de Chimie. Pharmacie, 1re année. — *Chimie minérale* : M. Sambuc, agrégé ; conférences : mardi, jeudi, de 3 h. à 4 h. Institut de Chimie. Pharmacie. 1re et 2e années. — *Physique* : M. Bordier, agrégé ; conférences : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de Physique. Pharmacie, 1re et 3e années.

Cours complémentaires et Conférences du semestre d'été.

Botanique : M. Beauvisage. — *Maladies des Oreilles, du Nez et du Larynx* : M. Lannois. — *Maladies des voies urinaires* : M. Chandelux. — *Propédeutique chirurgicale* : M. Gangolphe. — *Anatomie pathologique* : M. Devic. — *Anatomie* : M. Siraud. — *Chirurgie infantile* : M. Nové-Josserand. — *Embryologie* : M. Regaud. — *Petite chirurgie* : M. Tixier. — *Médecine légale* : M. Boyer. — *Pathologie interne* : M. Chatin. — *Parasitologie* : M. Roux. — *Toxicologie* : M. Moreau. — *Minéralogie* : M. Barral, — *Hydrologie* : M. Causse.

La *Bibliothèque* de l'Université est ouverte aux élèves tous les ours, le dimanche excepté, le matin de 9 heures à 11 heures et demie, l'après-midi de 1 heure et demie à 5 heures.

Thèses. Année scolaire 1900-1901.

N° 1. — MM. Hollande. Endothéliums du maxillaire. — Hugot. Contribution à l'étude de la tuberculose miliaire aigue pharyngo-laryngée (maladie d'Isambert). — Perrier. Des fistules broncho-biliaires. — Feitu. Agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux. — Prothon. Des lésions du fond de l'œil dans les injections générales aigues. — Boudin. Des corps étrangers de l'orbite. — Ferrau-Côme. De l'acétonurie et de son traitement. — Charvet. Du cœur rénal vrai et des hypertrophies scléreuses du myocarde qui doivent être distinguées. — Daday. L'actinomycose dans le département du Gard.

N° 10. — MM. Roy (Edouard). Des kystes dermoïdes du petit bassin ouverts dans la vessie. — Lévy. Les entendants muets. — Clément. Contribution à l'étude du séro-diagnostic de la tuberculose. Son application au cas de tuberculose chirurgicale. — Bellissen. Section du nerf radial dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — Blain. Résultats immédiats et éloignés du bouton de Murphy, dans le traitement de la gangrène herniaire. — Voron. — Fayolle. Hémiplégie infantile. Etude clinique sur l'état des membres hémiplégiques. — Gérard. Des pleurésies putrides pures primitives, avec pneumothrax. — Perié. Tuberculose de la conjonctive. — Thomas. Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par la castration.

N° 20. — MM. Cade. Etude de la constitution histologique normale et de quelques variations fonctionnelles et expérimentales des éléments sécréteurs des glandes gastriques du fond chez les animaux mammifères. — De Gaulejac. La hanche paralytique chez l'enfant. — Boigey. Des lésions du cœur dans la variole. — Armeilla. Le goitre lingual. — Battez. Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite chez l'homme. — Chevallier. Nouvelle contribution à l'étude des myomes de la peau. — Vincens. De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent. — Ovize. Alcoolisme et dépopulation. — Vieille. De la mort subite dans les affections organiques des centres nerveux. Influence du traumatisme chez les individus porteurs de ces affections au point de vue médico-légal. — Gavard. De l'intervention chirurgicale dans les suppurations pelviennes de la femme.

N° 30. — MM. Planssu. Des phlegmons péri-utérins étendus à l'espace de Retzius. — Nicollet. Contribution à l'étude des reflexes de la chorée de Sydenham. — Champeaux. Essais sur l'alcoolisme. Causes sociales. Conditions mentales. Prophylaxie. — Guffon. De la phlébite gauche comme complication de l'appendicite. — Nazlamoff. Contribution à l'étude de l'érythème induré. — Caujole. La médecine et les médecins dans l'œuvre de H. de Balzac. — Manaud. La névrose d'angoisse (Troubles nerveux d'origine sexuelle). — Boric. Le sarcome d'origine primitive intra-musculaire. — Evrard. De certains néoplasmes cutanés et en particulier de l'épithélioma sébacé. — Sivau. Des anévrysmes de l'artère péronière.

N° 40. — MM. Nicolle. Des déchirures du bord interne de l'iris par contusions du globe oculaire. — Bailliart. Traitement chirurgical de la myopie, en particulier par la suppression du cristallin. — Roudié. Du cancer du pharynx et des pharyngectomies. — Mayrac. Du tatouage. — Michel. Contribution à la chirurgie d'armée. Des blessures du rectum par armes à feu. — Ravet. Traitement du cancer utérin par la quinine d'après la méthode de M. le Professeur agrégé Jaboulay. — Dreyfus. Des œdèmes vaso-moteurs à la face. — Téchoueyres. Essai sur les phénomènes cliniques qui peuvent s'associer à la respiration de Cheyne-Stokes. — Lajoux. Les anévrysmes valvulaires du cœur. — de Belval. Contribution à l'étude des déchirures du segment inférieur de l'utérus et de leur traitement.

N° 50. — MM. Soulier. Contribution à l'étude pharmaco-dynamique du chlorhydrate d'éthylmorphine (dionine), son emploi en thérapeutique oculaire. — Vennat. Contribution à l'étude de la paralysie radiale consécutive aux fractures de l'humérus chez l'enfant. — Guilhaumon. Des kystes du canal de Stuck. — Clément. La tuberculose vertébrale des vieillards. — Fontagné. Contribution à l'étude du pied plat valgus douloureux. — Pasteur. Considération sur le traitement non sanglant des luxations anciennes du coude. — Vernotte. De l'emploi des injections sous-cutanées de nitrate d'argent comme moyen révulsif. — Raoux. Contribution à l'étude de la thyrotomie. — Talabère. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale méta-pneumonique. — Cariès. La péritonite typhique.

N° 60.— MM. Massol. Des fractures de côtes fermées et particulièrement de leur suppuration avec des infections du poumon. — Maître. Etude critique sur la recherche du traitement de la tuberculose (l'Institut antituberculeux d'Hauteville). — Joly. Etudes expérimentales de quelques symptômes de la rage. — Cornet. De la thrombo-phlébite du sinus latéral consécutive à l'otite moyenne purulente. — Marland. Du diagnostic différentiel des hydrorrhées nasales. — Notin. Scarlatine et streptococcie. — Borderies. Des opérations utérines et juxta-utérines pendant la grossesse. — Mileff. Actinomycose mammaire. — Rigot. Etude expérimentale et clinique sur quelques persulfates et alcalins et sur la persodine. — Brionval. La crise appendiculaire. (Etude pathogénique et étiologique).

N° 70.—MM. Escher. De l'albuminurie gravidique récidivante.— Boutin. Contribution à l'étude du syndrome de Landry post-grippal. — Vire. De l'albuminurie orthostatique. — Petit. Des lésions des capsules surrénales dans la syphilis congénitale. — Besson. Des artérites et en particulier de l'aortite abdominale d'origine rhumatismale. — Bonnet. Etude sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des anévrysmes spontanés de l'aorte. — Guérin. Pronostic clinique de l'albuminurie. — Molin. Etude radiographique et clinique de la dyschondroplasie. — Romain. Rapport du plan du détroit supérieur avec les saillies osseuses de la région sacro-lombaire. — Carret. Traitement opératoire des déformations rachitiques des jambes et en particulier, leur allongement par l'ostéotomie longitudinale.

N° 80. — MM. Pichon. De l'état des vésicules séminales chez les prostatiques. Vésiculite des prostatiques. — Aucaigne. De la talalgie blennorrhagique et du traitement de cette affection par l'intervention chirurgicale, dans les cas chroniques de la forme simple. — Bertrand. De la défense de l'économie contre l'infection éberthienthe et en particulier du role du globule blanc. — Chapellier. De la thyroïdine dans les retards de consolidation et les pseudarthroses. — Pascal. Contribution à l'étude clinique des eaux de Montbrun-les-Bains. — Miécamp. Pathogénie de l'œdème aigu du poumon. — Bertrand. — Considération sur les grands kystes séreux du pancréas (symptomatologie et traitement en particulier). — Ferron. Les nerfs de l'orbite. Leurs paralysies dans les traumatismes du crâne. — Pietrement. De la nécrose du testicule consécutive à la cure radicale du varicocèle. — Pons. Considération sur le traitement des fractures de la rotule.

N° 90. — MM. Garnier. Blennorrhagie et gangrène des organes génitaux externes. — Bargy. Recherches expérimentales sur les amétropies de courbure d'origine cornéenne. — Riollet. — De l'emploi thérapeutique de l'éther amyl-salicylique. — Cahuzac. Contribution à l'étude des organes lymphoïdes du pharynx et des amygdales, en particulier dans les rapports avec l'infection. — Prat. Etude sur la leucocytose totale et polynucléaire dans l'immunisation expérimentale par la toxine diphtérique. — Metoz. La furonculose du conduit auditif simulant la mastoïdite. — Lantiéri. Revue critique des moyens de désinfection des locaux contami-

nés. — Feldmuller. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale. De l'étranglement interne à travers. — Gasaux. De la transposition des os iliaques comme traitement de la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte. — Pariset. Du pylorospasme essentiel de l'enfance de MM. Weill et Péhu.

Nº 100. — MM. Perrier F. D'un procédé de drainage péritonéo-vaginal pouvant remplacer le Mikulicz abdominal. — Lacomme. Troubles oculaires consécutifs aux brûlures. — Dupuy. Du syndrome hyperchlorhydrie, de son traitement par l'hydrate de chloral. — Robert. De l'héméralopie dans les maladies générales. — Dusserre. De la péritonisation comme traitement préventif de quelques accidents consécutifs aux opérations intra-abdominales. — Taillefer. Contribution à l'étude histologique et clinique des polypes de l'oreille. — Cortez. L'endémie cholérique et le système défensif de la mer Rouge. — Gaire. Contribution à l'étude clinique de la syphilis tertiaire scléro-gommeuse du foie. Du diagnostic de l'hépato-syphilis tertiaire. — Demanneville. Contribution à l'étude de la résection dans les luxations anciennes du coude (Incision latérale interne unique). — Gailhard. De l'infection sudorale des plaies par les mains du chirurgien. Contribution à l'étude de l'asepsie opératoire.

Nº 110. — MM. Aribaud. La tumeur prélacrymale. — Graz. L'aliénation mentale chez les prostituées. — Loras. Contribution à l'étude de l'imperméabilité de la muqueuse vésicale saine. — Dumaine. Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque d'origine tuberculeuse. — Faure-Darmet. Etude sur la tuberculose de la glande parotide. — Mlle Marmonoff. Contribution à l'étude des chorées d'origine infectieuse. — Lhoste. Les réinfections atténuées de la syphilis (pseudo-chancre indurés de récidive). — Dussuc. De la cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale. — Rochette. Législation des logements insalubres (Loi de 1850. aperçus critiques sur les législations étrangères. Projet de loi de 1901). — Morel. Des abcès urineux à siège exceptionnel, non périnéaux.

Nº 120. — MM. Comte. Contribution à l'étude du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche (50 observations inédites). — Gaillardon. De la ligature des hypogastriques en gynécologie. — Michaud. Etude clinique des formes unilatérales de la paralysie agitante. — Fleurot. Pyo-pneumothorax sous-phrénique par ulcère perforant de l'estomac. — Rochette (H.) Le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde et dans l'embarras gastrique. — Paget. Des fractures bi-malléolaires et astragaliennes combinées et des cals vicieux qui en résultent. — Du Clot. De l'énucléation massive des goitres. — Detcheff. Du traitement de la chorée de Sydenham par le cacodylate de soude. — Fraisse. De la métatarsalgie. — Hitoff. Des ostéo-arthropathies d'origine syringomyélique.

Nº 130. — MM. Defrain. Variole et vaccination. — Chavanne. Oreillet et hystérie. — Lançon. De l'emploi du camphorate de pyramidon chez les phtisiques. — Bonne. La variole à Lyon en 1899-1900 (statistique de l'hôpital d'isolement.) — Auguy. De l'adénopathie appendiculaire. — Tribet. Empoisonnement par le vernis ou noir d'aniline appliqué à la chaussure. — Sotty. Essai sur la péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. — Fouilhoux. Les appareils d'approximation en chirurgie intestinale. Le nouveau bouton anatomique de M. Jaboulay. — Maillefert. Manuel opératoire et résultats de la colostomie iliaque par le procédé de la double ligature. (Procédé de M. Gaugolphe). — Roux. Contribution à l'étude de l'ulcusrodens.

Nº 140. — MM. Jeautelet. De l'augmentation de l'amplitude thoracique chez les tuberculeux soumis à la cure d'altitude. — Gautin. Contribution à l'étude de l'éther diacétique de la morphine (héroïne) son action analgésique, ses rapports avec la morphine. — Mlle Brodsky. De la nature épithéliale du fibrome végétant de la mamelle (kyste prolifère, adénofibrome kystique et végétant). — M. Bouyon. Sur quelques desiderata de l'hygiène dans la construction des maisons d'habitation et l'agencement des appartements. — Chevalier-Joly. Contribution à l'étude des localisations spéciales de l'œdème de la congestion pulmonaire dans les affections cardiaques. — Mlle Krougliakoff. De la néphrostomie dans l'anurie par rétrécissement des urètres au cours du cancer de l'utérus. — Pallud. Contribution à l'étude de certaines formes d'abcès à streptocoques à la suite de la grippe. — Rérolle. Etude clinique du purpura infectieux à forme typhoïde (typhus angiohématique). — Mlle Lichnewsky. Changements de volume de l'oreillette droite révélés par la percussion en arrière. — Mlle Solovieff. Le cholestéatome du sein.

Nº 150. — MM. Baroncelli. De la voûte palatine et des mâchoires au point de vue de l'identification judiciaire. — Chamac. Considération sur l'œsophagetomie et les corps étrangers de l'œsophage chez les enfants. — Martin. Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses (Procédé de Claude Martin (de Lyon). — Poncin. — De l'appendicectomie sous-séreuse. — Gardel. Etude sur le pavage des voies publiques au point de vue de l'hygiène. — Lafont. Kystes de l'ovaire et grossesse (Adhérences au foie simulant les accidents de torsion du pédicule). — Bayle. Contribution à l'étude de la photothérapie (Méthode de Finsen). — Servée. Des fractures frontal chez le fœtus pendant l'accouchement (Produites par les saillies du promontoire et de l'axe antérieur du bassin). — Ivanoff. Compression et oblitération de la veine cave supérieure dans le goitre cancéreux. — Jacques. De la désarticulation de la hanche après amputation de la cuisse au tiers supérieur (Procédé Veitch-Volkmann).

Nº 160. — MM. Vitaut. Maladie de Dercum, adiposis dolorosa. — Pétroff. Des ruptures traumatiques intra-péritonéales du rein. — Bouzoud. Du choc hépatique. Etude de séméiologie du foie. — Gautcheff. Des exostoses de l'omoplate. — Ponte. Contribution à l'étude de l'ostéotomie dans les fractures diaphysaires du fémur vicieusement consolidées (Procédé de M. le Dr Vincent.) — Murjas. Du traitement des abcès ossifluents par la ponction simple. — Levet. Des parentés morbides et de la toxicité du sérum de la chlorose. — Baisset. De la mensuration externe du bassin. — Monier. — Du losange de Michaelis. — Moutagard. Technique de la coloration des leucocytes.

Nº 170. — MM. Condour. Contribution à l'étude des dystocies vaginales. Vagin borgne interne. — Tabar. Contribution à la thérapeutique chirurgicale des kystes hydatiques du rein. — Rey. Orthopédie et sections nerveuses. — Mounier. — De l'ostéomyélite bipolaire. — de Brye. Du décollement des pansements adhérents (cavitaires et autres par l'arrosage des plaies à l'eau oxygénée. — Marcailhou d'Aymeric. De l'ectopie sous-cutanée abdominale du testicule (Type nouveau). — Bayle. Cancer du maxillaire supérieur d'une forme ayant pour origine les glandes muqueuses de la voûte palatine. — Ozanon. Contribution à l'étude du tétranitrate d'érythrol médicament vaso-dilatateur. — Chaffal. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la pleurésie purulente interlobaire. — Sounaire. Contribution à l'étude de l'éosinophilie dans la maladie de Duhring et dans certaines dermatoses.

Nº 180. MM. Thibaudet. Contribution à l'étude des blessures de la vessie. Pénétration au niveau de la région péritonéale. — Ettighoffer. Essai sur la pathogénie du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — Mlle Kiepen. Des lésions du cœur dans la diphtérie. Étude comparée de la myocardite diphtérique expérimentale et de la myocardite diphtérique humaine. — Roucaché. — Etude des chutes d'un lieu élevé sans lésions. — Meynet. Contribution à l'étude des troubles gastriques dans l'eczéma. — Privat. Etude sur le traitement de l'érysipèle.

Lyon, le 22 octobre 1901.

Monsieur le Rédacteur en Chef.

Notre Faculté a été éprouvée cette année par un deuil cruel : M. le professeur Ollier, qui était la gloire de notre Université. Le chef incontesté de la chirurgie lyonnaise a été enlevé subitement, en pleine activité scientifique. C'est une des plus grandes figures chirurgicales du siècle qui disparait avec lui, et nous perdons à Lyon, non seulement notre plus grande notoriété chirurgicale, mais nous perdons surtout un maître dont chacun reconnaissait la haute valeur morale et qui était pour notre jeune Université un guide précieux dont les conseils faisaient autorité. Jusqu'ici sa chaire est restée vacante, et d'un commun accord M. le Directeur de l'Enseignement supérieur et le Conseil de la Faculté ont décidé de laisser passer une année avant de désigner celui qui aura la lourde tâche de remplacer ce maître incomparable.

M. le professeur Berne qu'une maladie déjà ancienne tenait depuis longtemps éloigné de tout enseignement actif, a succombé quelques semaines plus tard emportant les regrets unanimes de tous ceux qui l'avaient connu.

Les concours d'agrégation ont apporté dans notre corps universitaire toute une série de mutations. Nous avons à déplorer très vivement le départ de MM. Devic et Condamin, qui restent chargés d'enseignements complémentaires d'anatomie pathologique et de propédeutique gynécologique ; de MM. Auguste Pollosson et Rollet qui quittent momentanément l'enseignement actif. Par contre, nous saluons avec joie l'entrée à la Faculté de MM. Paul Courmont et Chutem en médecine, de MM. Villars, Tivur, et Fabre en chirurgie et en obstétrique, de M. Regond en anatomie. Tous ces jeunes agrégés ont conquis leurs titres par des concours exceptionnellement brillants.

Deux de nos maîtres lyonnais les plus aimés MM. les professeurs Renaut et Morat ont été promus chevaliers de la Légion

d'honneur, M. le professeur Lacassagne a été nommé officier. Ces distinctions si justement méritées ont été saluées avec joie et fêtées par leurs nombreux élèves.

Enfin une chaire nouvelle de clinique médicale infantile a été créée à la fin du trimestre d'été. M. Weill, qui depuis longtemps assurait cet important enseignement comme chargé de cours, avec une rare distinction, a été nommé professeur, et son élection a été accueillie avec une faveur unanime.

Tels sont, M. le rédacteur en chef, les événements les plus importants de cette année scolaire. J'ajoute que notre Faculté de médecine continue à voir s'accroître d'année en année le nombre de ses élèves. Les divers concours hospitaliers réunissent un nombre de concurrents de plus en plus considérable: en somme, c'est toujours l'ère de prospérité et de rapide développement qui continue.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments distingués.

D^r X.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902.

Doyen honoraire : M. A. Pitres.
Doyen : M. de Nabias.
Professeurs honoraires : MM. Micé, Dupuy, Moussous.

Semestre d'hiver (*3 novembre au 15 mars*).

Cours

Anatomie : M. Cannieu. Système nerveux périphérique. Lundi, mercredi, vendredi à 1 heure. 1re et 2e années. — *Anatomie générale et histologie* : M. Viault. Le milieu intérieur et ses éléments. Les épithéliums et les glandes. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures 1/4. 1re et 2e années.— *Chimie biologique* : M. Denigès. Principes immédiats biologiques. Composition et analyse des liquides normaux et pathologiques de l'organisme. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. 2e année. — *Anatomie pathologique* : M. Coyne. Appareil respiratoire. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures 3/4. 3e année. — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. Vergely. Pathologie générale de l'appareil pulmonaire. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures 1/4. 3e année. — *Thérapeutique* : M. Arnozan. Revue complète de la thérapeutique élémentaire. La révulsion. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures 1/2. 4e année. — *Médecine légale* : Morache : Déontologie médicale. Lundi, à 5 heures 1/4. 4e année ; Conditions biologiques et institutions sociales. Mariage. Mercredi, vendredi, 5 heures 1/4. 4e année.

Cours complémentaires.

Accouchements : M. Fieux. Cours complet d'accouchements. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. 3e année.— *Pathologie externe* : M. Denucé. Hernies abdominales. Affections chirurgicales de l'abdomen et du thorax. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 2e année. — *Physiologie* (Fondation de l'Université) : M. Pachon. Fonctions de nutrition. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 1re année.— *Embryologie* (Fondation de l'Université) : M. Princeteau. Organogénie, malformations congénitales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 2e année. — *Pathologie exotique*. (Fondation de l'Université) : M. Le Dantec. Maladies des pays chauds. Mercredi, à 2 h. 1/2. 4e année.

Semestre d'été (16 *mars au* 31 *juillet*).

Cours

Physiologie : M. Jolyet. Fonctions du système nerveux. Mardi, jeudi, samedi. 5 heures. 2e année.— *Physique médicale* : M. Bergonié. Mécanique. Thermométrie et calorimétrie animale. Optique de l'œil. Audition et phonation. Electrothérapie et rayons X. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. 1re et 2e année. — *Médecine expérimentale* : M. Ferré. Etude expérimentale des maladies microbiennes. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. 1/4. 3e et 4e années. — *Médecine opératoire* : M. Masse. Opérations que l'on pratique sur les poumons, les plèvres, le cœur, le péricarde, les médiastins, les parois thoraciques. Chirurgie abdominale : foie, rate, pancréas, estomac et intestin grêle. Mardi, jeudi, samedi, 2 h. 3/4. 3e année. — *Hygiène* : M. Layet. Hygiène urbaine et hygiène rurale. Mardi, jeudi, samedi, 5 h. 1/4. 4e année. *Matière médicale* : M. de Nabias. Démonstrations pratiques. Reconnaissance de médicaments. Posologie. Mercredi, à 1 heure 1/2. 4e année.

Cours complémentaires

Pathologie interne : M. Rondot. Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. 2e année. — *Ophtalmologie*. (Fondation de l'Université) : M. Lagrange. Optométrie. Ophtalmoscopie. Affections externes de l'appareil de la vision. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 3e année.

Cliniques

SEMESTRE D'HIVER

Clinique médicale : M. Picot. Hôpital Saint-André. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/2. 3e année.— *Clinique chirurgicale* : M. Lanelongue. Hôpital Saint-André. Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures 1/2. 3e année. — *Clinique d'accouchements* : M. Lefour. Hôpital Saint-André. Lundi, mercredi, à 1 heure. 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Badal. Hôpital Saint-André. Lundi, vendredi, à 9 heures 1/2. 4e année. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud. Hôpital des Enfants. Mardi, vendredi, à 4 heures. 4e année. — *Clinique gynécologique* : M. Boursier. Hôpital Saint-André. Mardi, à 3 heures. 5e année. — *Clinique médicale des maladies des enfants* : M. A. Moussous. Hôpital des Enfants. Mercredi, samedi, à 4 heures. 4e année.

Cours complémentaires de clinique.

Maladies cutanées et syphilitiques : M. Dubreuilh. Maladies cutanées. Annexe Saint-Raphaël. Lundi, à 4 heures. 4e année ; Maladies vénériennes. Hôpital Saint-Jean. Jeudi, 4 heures. 4e année. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson. Annexe Saint-Raphaël. Vendredi, à 3 heures. 5e année. — *Maladies du larynx, des oreilles, du nez* : M. Moure. Annexe Saint-Raphaël. Mardi, jeudi, à 10 heures 1/2. 5e année. — *Maladies mentales* ; M. Régis. Annexes Saint-Raphaël. Jeudi, à 3 heures. 5e année.

SEMESTRE D'ÉTÉ

Clinique médicale : M. Pitres. Hôpital Saint-André. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2. 3e année. — *Clinique chirurgicale* : M. Demons. Hôpital Saint-André. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2. 3e année. —*Clinique d'accouchements* : M. Lefour. Hôpital Saint-André. Lundi, vendredi, à 1 h. 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Badal. Hôpital Saint-André. Mercredi, à 9 h. 1/2. 4e année.— *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud. Hôpital des Enfants. Mardi, vendredi, à 4 h. 4e année.— *Clinique gynécologique* : M. Boursier. Hôpital Saint-André, Mardi, à 3 h. 5e année. — *Clinique médicale des maladies des enfants* : M. A. Moussous. Hôpital des Enfants. Mercredi, samedi, 4 h. 4e année.

Cours complémentaires de clinique.

Maladies cutanées et syphilitiques : M. Dubreuilh. Maladies cutanées. Annexe Saint-Raphaël. Lundi, à 4 h. 4e année ; Maladies vénériennes. Hôpital Saint-Jean. Jeudi, à 4 heures. 4e année. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson. Annexe Saint-Raphaël. Vendredi, à 3 h. 5e année. — *Maladies du larynx, des oreilles, du nez* : M. Moure. Annexe Saint-Raphaël. Mardi, jeudi, à 10 h. 1/2. 5e année.— *Maladies mentales* : M. Régis. Annexe Saint-Raphaël. Jeudi, à 3 h. 5e année.

Conférences

SEMESTRE D'HIVER

Anatomie : M. Lafite-Dupont. Arthrologie et angéiologie. Mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 1re et 2e années.— *Anatomie* : M. Cavalié. Ostéologie et myologie. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1re année. — *Pathologie externe* : M. Chavannaz. Eléments de pathologie externe. Lundi, vendredi, à 4 h. 1re année. — *Séméiologie chirurgicale* : M. Bégouin. Exercices de diagnostic. Mercredi, samedi, à 10 h. 1/2. 1re et 2e année.— *Séméiologie médicale* : M. Sabrazès. Exercices de diagnostic. Lundi, vendredi, à 10 h. 1/2. 1re et 2e années. — *Histoire naturelle (parasitologie)* : M. Beille. Parasites animaux et végétaux. Vendredi, à 5 h. 3e année. — *Anatomie topographique* : M. Villar. Anatomie des régions. Mardi, samedi, à 5 heures. 1/4. 4e année. — *Autopsies médico-légales* : M. Lande. (Annoncées par des avis particuliers.) 4e et 5e année.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Anatomie : M. Gentes. Splanchnologie. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1re et 2e années. — *Séméiologie chirurgicale* : M. N... Exercices de diagnostic. Mardi, samedi, à 10 h. 1/2. 1re et 2e année. — *Pathologie interne* : M. Cabannes. Eléments de pathologie interne. Mardi, samedi, à 5 h. 1/4. 1re année. — *Séméiologie médicale* : M. Mongour. Exercices de diagnostic. Lundi, vendredi, à 10 h 1/2. 1re et 2e années. — *Anatomie pathologique* : M. Hobbs. Lésions cellulaires et néoplasies. Lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. 3e année. — *Pratique d'obstétrique* : M. Andérodias. Exercices pratiques sur le mannequin. Lundi, vendredi, à 1 h. 1/2 ; mercredi, à 3 h. 3e année. — *Autopsies médico-légales* : M. Lande. (Annoncées par des avis particuliers.) 4e et 5e années.

Travaux pratiques.

SEMESTRE D'HIVER

Chimie biologique : M. DENIGÈS. Laboratoire de chimie biologique. Mardi, Jeudi, samedi, 2 à 4 heures. 2e année. — *Anatomie* : M. LAFITE-DUPONT. Institut anatomique. Tous les jours, de 2 h. à 4 h. 1re et 2e années.— *Anatomie pathologique* : M. AUCHÉ. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, vendredi, 1 h. a 2 h. 1/2. 3e année. — *Parasitologie* ; M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle. Mardi, samedi, de 2 h. à 3 h. 1/2. 3e année.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Physique: M. BERGONIÉ. Laboratoire de physique. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h. 2e année. — *Histologie* : M. CASSAET. Laboratoire d'histologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h. 1re année. — *Physiologie* : M. SELLIER. Laboratoire des travaux pratiques de physiologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h. 2e année ; Démonstrations pratiques. Samedi, à 4 h. 2e année. — *Anatomie pathologique* ; M. AUCHÉ. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, vendredi, de 1 à 2 h. 1/2. 3e année. — *Médecine opératoire* : M. VILLAR. Institut anatomique. Mardi, jeudi, samedi, de 1 à 2 h. 1/2. 3e année.

Enseignement pharmaceutique.

Cours.

SEMESTRE D'HIVER.

Pharmacie : M. FIGUIER. Médicaments galéniques. Méthode de préparation. Étude des plus importants, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures, 1re, 2e et 3e année. — *Chimie* : M. BLAREZ. Étude des fonctions chimiques. Étude des principaux composés organiques non azotés de la série grasse, plus particulièrement au point de vue des applications à la pharmacie. Étude des alcools et spiritueux. Étude des hydrates de carbone. Étude des corps gras, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 1re, 2e et 3e années.

Conférences.

Cryptogamie végétale et bactériologie : M. GUILLAUD. Étude médicale des champignons inférieurs, mardi, jeudi, à 4 heures, 1re, 2e et 3e années.— *Zoologie* : M. BEILLE. Animaux vertébrés. Étude spéciale des espèces médicinales et venimeuses, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, 1re, 2e et 3e années. — *Pharmacie* : M. DUPOUY. Sels organiques à bases minérales. Alcaloïdes végétaux, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2, 1re, 2e et 3e années.

Travaux pratiques.

Micrographie : M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle, lundi, vendredi, 2 h. à 4 heures, 3e année.— *Pharmacie* : M. BARTHE. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie et de chimie, lundi, mardi, 2 h. à 5 heures, 1re année ; mercredi, vendredi, 2 h. à 5 heures, 2e année.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Cours.

Histoire naturelle : M. GUILLAUD. Étude médicale des familles végétales, polypétales et gamopétales, lundi, mercredi, à 10 h. 1/4, 1re, 2e et 3e années. — *Physique pharmaceutique* : M. SIGALAS. Actions moléculaires. Chaleur. Lois générales. Modes de production et d'utilisation, mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/4, 1re, 2e et 3e années. — *Matière médicale* : M. DE NABIAS. Médicaments de la nutrition. Modificateurs du système nerveux, lundi, vendredi, à 9 heures 1/4, 1re, 2e et 3e années. — *Hydrologie et minéralogie* : fondation de l'Université) : M. CARLES. Minéralogie et hydrologie, applications à la pharmacie, à la médecine et à l'hygiène, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, 1re, 2e et 3e années.

Conférences.

Toxicologie : M. BARTHE. Toxicologie des composés organiques (suite), mardi, samedi, à 5 heures, 1re, 2e et 3e années. — *Chimie* : M. BENECH. Généralités de chimie générale. Étude des principaux métalloïdes, plus particulièrement au point de vue des applications à la pharmacie, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures 1/4. 1re, 2e et 3e années.

Travaux pratiques.

Physique : M. SIGALAS. Laboratoire de physique, mardi, jeudi, samedi, 2 à 4 heures, 3e année. — *Micrographie* : M. LASSERRE, Laboratoire d'histoire naturelle, lundi, vendredi, 7 à 9 heures, 3e année. — *Pharmacie et chimie* : M. BARTHE. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie, lundi, mardi, 2 à 5 heures, 1re année ; mercredi, vendredi, 2 à 5 heures, 2e année. — *Analyses spéciales* : M. TOURROU. Laboratoire de chimie, mardi, jeudi, samedi, 1 h. 1/2 à 3 heures, 3e année.

Enseignement clinique complémentaire.

SEMESTRES D'HIVER ET D'ÉTÉ.

Consultations gratuites réservées aux indigents.

Maladies chirurgicales : M. LANNELONGUE, jeudi, à 8 heures ; M. DEMONS, vendredi, à 8 h. 1/2.— *Maladies du cœur* : M. PICOT, mardi, à 9 heures. — *Maladies du système nerveux* : M. PITRES, mercredi, samedi, à 9 heures. — *Electrothérapie* : M. BERGONIÉ, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Maladies de la peau* : M. DUBREUILH, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures ; opérations, jeudi, à 9 heures. — *Maladies des femmes* : M. BOURSIER, jeudi, samedi, à 1 heure. — *Maladies des voies urinaires* : M. POUSSON, lundi, mercredi, à 1 heure. — *Maladies du larynx et du nez* : M. MOURE, lundi, jeudi, à 9 h. (gorge et larynx) ; mardi, vendredi, à 9 h. (oreilles et nez) ; samedi, à 9 h. (opérations). — *Maladies mentales* : M. RÉGIS, mardi, à 1 heure. — *Maladies des pays chauds* : M. LE DANTEC, lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. — *Maladies des yeux* : M. BADAL, tous les jours, à 9 heures. — *Maladies des femmes enceintes* : M. LEFOUR, mercredi, à 1 heure. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. PIÉCHAUD, lundi, 8 h. du matin, 4 h. du soir ; mercredi, vendredi, à 8 heures. — *Maladies internes des enfants* : M. A. MOUSSOUS, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

Enseignement des élèves sages-femmes.

Cours d'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires : M. FIEUX, semestre d'hiver : lundi et vendredi, à 10 heures, semestre d'été : mardi, jeudi et samedi, à 10 heures ; pour les élèves sages-femmes de 1re année. — *Accouchements* : M. ANDÉRODIAS, semestre d'hiver : mardi, jeudi et samedi, à 10 heures ; semestre d'été : lundi et vendredi, à 9 heures, pour les élèves sages-femmes de 2e année.

Le Secrétariat est ouvert tous les jours non fériés : de 10 heures à midi, pour la réception des consignations et pour la délivrance des certificats et pièces diverses ; de 1 h. 1/2 à 4 heures (sauf pendant les vacances), pour les renseignements.

Les *Inscriptions* seront reçues, de 10 heures à midi, aux dates ci-après : Médecine, 21 octobre au 5 novembre, 1er au 15 janvier, 1er au 15 avril, 25 juin au 10 juillet ; — Pharmacie, 1er au 15 novembre, 1er au 15 janvier, 1er au 15 avril, 25 juin au 10 juillet.

Diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux

Arrêté approuvant la délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux, instituant un diplôme de Médecin colonial de cette Université (12 *juillet* 1901).

LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS, vu la loi du 10 juillet 1896 ; Vu l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, portant règlement pour les Conseils des Universités ; vu la délibération, en date du 21 mai 1901, du Conseil de l'Université de Bordeaux ; après avis de la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, ARRÊTE : Est approuvée la délibération susvisée du Conseil de l'Université de Bordeaux, instituant un diplôme de médecin colonial de cette Université et en réglementant les conditions de scolarité.

Georges LEYGUES.

ANNEXE A L'ARRÊTÉ QUI PRÉCÈDE.

Délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux (21 *mai* 1901).

Le Conseil de l'Université de Bordeaux, vu l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, ainsi conçu : « En dehors des grades établis par l'État, les Universités peuvent instituer des titres d'ordre exclusivement scientifique ; ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements et ne peuvent, en aucun cas, être déclarés équivalents aux grades ; les études et les examens qui en déterminent la collation sont l'objet d'un règlement délibéré par le Conseil de l'Université et soumis à la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique ; les diplômes sont délivrés au nom de l'Université par le président du Conseil, en des formes différentes des formes adoptées pour les diplômes délivrés par le Gouvernement ; vu la demande formée par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, DÉLIBÈRE :

ARTICLE PREMIER. — Il est institué un diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux.

ART. 2. — Le diplôme est délivré : *a*) aux docteurs en médecine français : médecins civils et militaires, médecins de la Marine et des Colonies, médecins de colonisation et des administrations coloniales, médecins d'émigration et médecins sanitaires maritimes, médecins des missions : *b*) aux étrangers pourvus du doctorat universitaire, mention : *Médecine* : *c*) aux étrangers pourvus d'un diplôme médical dont l'équivalence avec le doctorat universitaire français, mention : *Médecine*, aura été admise par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

ART. 3. — Les aspirants à ce titre doivent se faire inscrire au

secrétariat de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux. Les inscriptions sont reçues du 1er au 15 novembre pour une scolarité de trois mois. Un deuxième trimestre d'études pourra avoir lieu à partir du 15 avril. Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions pourront être inscrits comme aspirants au diplôme de médecin colonial, mais le diplôme ne leur sera délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Art. 4. — Les épreuves exigées pour l'obtention du diplôme sont : 1° une épreuve clinique spécialement afférente à la pathologie exotique ; 2° Une épreuve pratique sur les manipulations et démonstrations faites pendant la scolarité ; 3° Un examen oral portant sur l'ensemble des matières enseignées en vue du diplôme.

Art. 5. — Le diplôme est signé par les membres du jury et par le doyen de la Faculté mixte. Il est délivré, sous le sceau et au nom de l'Université de Bordeaux, par le président du Conseil de ladite Université.

Art. 6. — Le présent règlement sera mis à exécution a partir de l'année scolaire 1901-1902.

Programme des études en vue du diplome de médecin colonial.

Les études en vue du diplôme de médecin colonial comprennent : des études cliniques, des travaux pratiques et des leçons théoriques.

1° *Etudes cliniques.* — Les études cliniques auront lieu à partir de 8 heures du matin dans les différents hôpitaux et établissements hospitaliers civils et militaires de Bordeaux. MM. les Professeurs, Médecins des hôpitaux et Chefs de service feront connaître par voie d'affiche les cas intéressants soumis à leur examen et sur lesquels ils se proposent de faire une démonstration ou une leçon clinique. Une consultation spéciale de pathologie, où seront admis les passagers des paquebots, les malades envoyés par les compagnies de navigation, les marins et matelots du port, etc., sera faite à Saint-Raphael (annexe de la Faculté) par le Chargé du cours complémentaire de pathologie exotique. L'Administration des hospices réservera un certain nombre de lits dans une salle de l'hôpital Saint-André pour les cas ressortissant à la pathologie exotique.

2° *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques et les conférences afférentes aux travaux pratiques auront lieu de 2 heures à 5 heures, sur les matières comprises dans le programme suivant : Technique histologique. Microphotographie. Technique bactériologique. Hématologie. Paludisme. Parasites de la malaria. Sporozoaires. Hémoprotozoaires des animaux. Dourine. Fièvre typhoïde (analyse bactériologique des eaux. séro-diagnostic). Choléra. Peste. Diphtérie (diagnostic. sérothérapie). Rage (diagnostic. traitement). Tuberculose. Lèpre. Tétanos. Typhus récurrent. Septicémies. Dysenteries. Abcès du foie. Pratique de la désinfection. Dermatophytes. Dermatozoaires. Helminthes. Examen des matières fécales et des urines au point de vue parasitaire. Sangsues. Arachnides et insectes venimeux. Poissons vulnérants et toxicophores. Reptiles venimeux. Produits alimentaires, médicinaux et toxiques de la flore exotique. Poisons d'épreuve. Armes et flèches empoisonnées. Chirurgie du foie, de l'intestin. Urologie clinique. Anthropométrie ; crâniologie.

3° *Leçons théoriques.* — Les leçons théoriques auront lieu de 5 heures à 6 heures du soir. Elles porteront principalement sur les matières suivantes : Hygiène et prophylaxie des maladies coloniales. Climatologie. Géographie médicale. Maladies déterminées par l'action du soleil. Diarrhée des pays chauds. Fièvre jaune. Dengue. Béribéri. Scorbut. Pathologie cutanée et vénérienne dans les pays chauds Verruga du Pérou. Pinta. Tokelau. Pied de madura. Eléphantiasis. Ainhum. Goundou. Pian. Syphilis. Phagédénisme des chauds. Ophtalmologie tropicale. Névroses dans les pays chauds. Intoxications par l'opium. le haschisch, etc. Législation sanitaire. Mesures à prendre dans les cas d'épidémie. Renseignements et conseils sur les vêtements, les habitations, les aliments, etc. Liste des objets à emporter aux colonies. Instructions au point de vue de l'ethnographie. de l'histoire naturelle, des études coloniales, etc.

La Faculté de médecine se propose, en outre, d'instituer des conférences publiques se rapportant à la pathologie exotique et aux études coloniales, en intéressant à ces conférences, en dehors de l'Université, les Corps constitués : Municipalité, Conseil général, Chambre de commerce, les Sociétés savantes ou autres, les Amis de l'Université, etc. Ces conférences auront lieu a 8 h. 1/2 du soir dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, place d'Aquitaine.

Il sera fait appel, pour ces conférences, aux professeurs appartenant à l'Université de Bordeaux ou à d'autres Universités, aux médecins de l'Armée, de la Marine et des Colonies, aux anciens élèves sortis de l'Ecole de Bordeaux, aux explorateurs, aux savants français ou étrangers et à toute personne ayant une compétence spéciale sur les questions à traiter.

Frais d'études. — Arrêté ministériel du 15 juillet 1901. Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux fixant ainsi qu'il suit les droits à percevoir pour études et examens en vue du titre de *Médecin colonial* de cette Université :

1 droit annuel d'immatriculation à.....	20 fr.
1 droit annuel de bibliothèque à.......	10 fr.
1 droit trimestriel de laboratoire à.....	150 fr.
1 examen à........................	20 fr.

Georges Leygues.

En vertu d'une décision ministérielle en date du 19 juillet 1901, les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions, en cours d'études, sont dispensés du droit d'immatriculation et du droit de bibliothèque en vue du titre universitaire de *Médecin colonial*. Des dispenses, soit du droit d'immatriculation, soit du droit de bibliothèque, soit de l'un et de l'autre de ces droits, peuvent être concédées par la Faculté aux candidats au titre susvisé. Des dispenses de droit de laboratoire, portant sur un ou plusieurs trimestres, pourront être également accordées à cette catégorie d'étudiants.

Rapport présenté le 17 mai 1901 au Conseil de la Faculté par la Commission de l'Enseignement (M. Coyne, rapporteur).

Messieurs,

Votre Commission de l'Enseignement m'a chargé de vous présenter un rapport sur un sujet présentant un intérêt particulier pour notre région et pour la ville de Bordeaux qui, vous le savez, s'attache de plus en plus à l'étude des questions coloniales. Dans ces derniers mois, l'Administration municipale, sous l'influence de la Chambre de commerce et de M. le Recteur, a décidé de créer un Institut colonial. Vous-mêmes, depuis plusieurs années, vous avez dirigé votre activité et celle des élèves de notre Faculté de ce côté, en instituant un Musée d'ethnographie et d'études coloniales qui prend de plus en plus de l'importance. Vous formez un grand nombre de jeunes docteurs qui sont appelés à passer sinon la totalité, au moins la plus grande partie de leur carrière médicale dans les colonies et dans les pays exotiques. Avons-nous fait tout ce qu'il est possible de faire pour les préparer à la difficile mission qu'ils auront à remplir ? Sont-ils suffisamment armés pour surmonter toutes les difficultés qui peuvent se présenter devant eux ? Nous ne le pensons pas, et votre Commission, d'accord avec notre Doyen, a jugé qu'il y avait à faire quelque chose de mieux et à perfectionner notre œuvre. En Angleterre et en Allemagne, on a fondé des Instituts de pathologie exotique ; à Londres, notamment, des enseignements spéciaux, suivis d'examens probatoires, sont institués et fonctionnent utilement de façon à préparer les médecins envoyés dans les colonies à remplir leur mission avec compétence et à ne pas se trouver au-dessous de leur tâche. Imitant cet exemple, votre Commission, sous l'impulsion de notre Doyen, vous propose d'instituer un enseignement théorique et pratique, destiné aux médecins coloniaux, et de donner à ces études une valeur officielle en leur attribuant un diplôme spécial d'Université, qui pourra être recherché par les médecins coloniaux, les médecins sanitaires, en un mot par tous ceux qui auront à compter avec les difficultés résultant des maladies exotiques. Ce travail, dont les matériaux ont été réunis, condensés et analysés par notre Doyen, M. de Nabias, comprend trois parties : 1° un règlement universitaire en vue du diplôme de médecin colonial ; 2° un règlement relatif aux droits à percevoir ; 3° un exposé des études et des enseignements à établir en vue du diplôme de médecin colonial.

(L'ensemble du projet présenté par la Commission a été adopté à l'unanimité par le Conseil de la Faculté, séance du 17 mai 1901).

En instituant le diplôme de Médecin colonial, la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux s'est préoccupée aussi de la création d'un diplôme de Pharmacien colonial. Cette question est actuellement à l'étude.

Thèses de Bordeaux 1900-1901.

1. MM. Abadie. Les localisations fonctionnelles de la capsule interne. — Montel. Du rôle des leucocytes dans l'absorption de certains médicaments introduits par la voie hypodermique et péritonéale. — Bentère. Contribution à l'étude de la bilharziose. — La Folie. Une opération aseptique. — Margerie. La cure radicale du varicocèle par la décortication du scrotum. (Procédé du Dr Pilon, de Brest). — Roustan. De la psychicité de la femme pendant l'accouchement. (Etude de responsabilité). — Souc. Essai de déontologie. La réclame médicale. — Sorel. Contribution a l'étude de a folie à deux. Rôle de l'imitation dans la contagion de la folie à deux. — Monmayon. De la symphyséotomie a Bordeaux.

10. MM. Roux de Badilhac. Etude sur les bassins viciés par paralysie

infantile au point de vue obstétrical. — Gary. Historique critique de la kinésithérapie. L'œuvre de Ling. L'œuvre de Zander. — Bellamy. Etude séméiologique. Hallucinations érotiques. — Damay de Certant. Etude sur la prophylaxie de quelques maladies infantiles d'après les données de l'hygiène moderne. — Groofiller. Des déplacements congénitaux du cristallin. — Garran. Etude de l'action de la faradisation sur le coefficient azoturique. — Chargnolleau. Des kystes séreux sus-dure-mériens consécutifs à des traumatismes crâniens éloignés. — Tel. De l'empyème aigu compliqué du sinus maxillaire. — Braud. De l'existence du réflexe rénorénal et de son rôle pathogénique. — Boussenot. Contribution a l'étude des angines pseudo-membraneuses.

20. MM. Buleam. Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants. — Adone. Contribution à l'étude de l'anesthésie par injection sous-arachnoidienne lombaire de cocaïne. — Donnet. Essai sur les formes et les causes de quelques arthrites métatarso-phalangiennes du gros orteil. — Lamoureux. La technique des injections hypodermiques de sérum artificiel pratiquées au moyen du séro-transfuseur du Professeur Lefour avec une modification additionnelle. — Martin. Le coefficient émulsif et la tension superficielle des urines dans leurs rapports avec les albuminoides urinaires. — Testé. Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. — Léger. Hématologie de la chlorose. Influences de certains agents médicamenteux sur la formule hémo-leucocytaire. — Coquin. Hygiène et pathologie des pêcheurs de morue à Terre-Neuve et en Islande. — Alain. Du fœticide thérapeutique. — Devillard. La sensibilité oculaire à la pression dans la paralysie générale.

30. MM. Marchand. La médication cacodylique chez les enfants. — Jousset. Le signe de Robert Wreden (Docimasie auriculaire). — Brossard. La thoracentèse précoce, particulièrement de son action sur la température. — Castagnol. Des entérorrhagies herniaires. — Latour. Des polypes fibreux naso-pharyngiens. Siege. Diagnostic. Traitement. — Verdier. Contribution à l'étude de l'orchidopexie (De la persistance du canal vagino-péritonéal.) — Chemin. De l'empyème compliqué du sinus frontal. — Vital. Contribution à l'étude du traitement de la septicémie puerpérale par les bains froids. — Marchenay. Traitement des cancers par l'acide arsénieux. — Bougenault. Contribution à l'étude des engelures séniles chroniques.

40. MM. Manine-Hitou. De la suture des plaies du cœur (Manuel opératoire). — Sarrabezolles. Contribution à l'étude des fistules vésico-utérines. — Susbielle. Contribution à l'étude de la contusion herniaire. — Lescarret. Des scotomes par éclipse solaire — Dargein. Du traitement des calculs de la vessie chez le vieillard. (Taille hypogastrique. Lithotritie). — Serph. Le cancer primitif du méat urinaire chez la femme.— Guélain. De la kératodermie palmaire et plantaire symétrique congénitale et héréditaire. — Guérin. Des conjonctivites pseudo-membraneuses chroniques (Travail de la clinique ophtalmologique). — Kohler. De l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur en thérapeutique chirurgicale. — Gentes. — Morphologie et structure des ilots de Langherans chez quelques mammifères. Evolution et signification des ilots en général.

50. MM. Monmayou. De la séro-réaction tuberculeuse extemporanée par le procédé du sang desséché — Houpert. Kystes épidermiques du frein de la langue chez le nouveau-né. — Bargues. Contribution à l'étude du papillome. Etude étiologique. — Auboin. — Du traitement électrothérapique de la paralysie infantile. — Menier. Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie. — Matignon. L'art médical à Tunis. — Quenendec. Contribution à l'étude des fractures spontanées en général et en particulier dans la paralysie générale. — Auchier. Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale progressive et de la dégénérescence. — Duballin. Des troubles de la sensibilité cutanée en rapport avec les maladies des organes génitaux internes de la femme. — Dugé de Bernonville. De la tarsoclasie dans le traitement du pied-bot varus équin congénital chez l'enfant.

60. MM. Ginestous. Du rétablissement de la vision binoculaire dans le traitement du strabisme. — Destonesse. Contribution à l'étude des endothéliomes des os. — Polidor. Des canaux de Gartner. De leur persistance chez la femme sous forme de conduits à débouché vaginal. — Vergnes. Contribution a l'étude de l'ablation du ganglion de Gasser. — Etchepare. Quelques remarques sur le joueur de pelote. — Sabroux. Exostoses du conduit auditif. — Picot. Contribution a l'étude des luxations congénitales de l'épaule. — Bouvier. Des fibromes de l'utérus intra-ligamentaires. — Lenourichel. Acné professionnelle due au goudron de houille. — Dubourg. Contribution à l'étude de l'exosplenopexie.

70. MM. Delaire. De la coexistence de rétrécissement et de corps étrangers dans l'œsophage. — Recours. De l'éviscération post-opératoire spontanée. — Lambert. Notes sur la sacculose vésicale (Complications, traitement). — Druillut. De l'œdème dans la rétention d'urine. — Ballan. Contribution à l'étude du traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie. — Lupan. Contribution à l'étude de la sérothérapie antituberculeuse. — De Fleury. Contribution à l'étude du syndrome du cône terminal. — Dhoste. Le signe de Revilliod et le signe de Legendre dans l'hémiplégie faciale d'origine centrale. — Bert. Traitement des déviations de la cloison nasale. — Coudret. De l'extirpation totale de la glande sous-maxillaire dans un cas de calculs salivaires.

80. MM. Pujos. Du suc pulmonaire dans les pleurésies purulentes. — Dusson. Considérations psychologiques et médico-pédagogiques sur un cas de dégénérescence. — Rideau. La laryngite grippale. — Grasseteau. Contribution à l'étude du traitement de la méralgie paresthésique. — Crauste. Contribution à l'étude des divisions congénitales de la langue.

STATISTIQUE SCOLAIRE ANNUELLE.

Relevé numérique des étudiants en 1900-1901.

	Etudiants immatriculés ou ayant pris au moins une inscription	Etudiants n'ayant pas pris d'inscription, mais ayant subi au moins un examen.	Etudiants n'ayant accompli aucun acte scolaire, mais dont les inscriptions ne sont pas périmées.	Nombre total d'étudiants.	Reçus aux grades ou partis en 1900-1901	Nombre d'étudiants restant à la fin de l'année scolaire 1900-1901.
Doctorat						
1re année	82	»	(1)51	133	7	126
2e —	131	9	83	223	(2)30	193
3e —	149	6	22	177	19	158
4e —	110	4	10	124	7	117
5e —	13	118	23	154	88	66
Officiat	4	1	3	8	3	5
Sages-femmes	(3)20	»	»	20	4	16
Chirurgiens-dentistes	(4) »	»	»	»	»	»
Pharmacie 1re classe						
1re année	13	»	1	14	1	13
2e —	22	1	3	26	1	25
3e —	26	23	5	54	28	26
Diplôme supérieur	»	2	5	7	2	5
Doct. de l'Université	8	»	5	13	6	7
Pharmacie 2e classe						
1re année	21	2	1	24	1	23
2e —	20	2	9	31	2	29
3e —	22	32	7	61	29	32
Herboristes	5	4	»	9	9	9
Totaux	646	204	228	1078	237	841

Inscriptions 1900-1901.

Inscriptions trimestrielles		
Doctorat civils	1.018	2.190
— marins	694	
Officiat	5	
Pharmacie 1re classe civils	210	
Pharmacie 1re classe marins	28	
Pharmacie 1re classe militaires	»	
— 2e classe	235	
Inscriptions cumulatives		
Médecine (Elèves des écoles annexes de la marine, etc.)	200	232
Pharmacie	»	
Prises par les Officiers de santé postulant le diplome de doctorat	32	
Total		2.422

(1) Dont la plupart, élèves des écoles annexes de la marine vont entrer en 2e année.

(2) Dont un certain nombre d'élèves des écoles annexes de la marine non admis à l'école principale de Bordeaux (élèves pourvus de 4 inscriptions partis pendant l'année scolaire).

(3) 20 élèves sages-femmes immatriculées, faisant leurs études a la Faculté.(37 sages-femmes des maternités sont en outre venues subir leur examen à la Faculté).

(4) Pour mémoire : 25 aspirants dentistes ayant subi des examens à la Faculté.

Examens de tous grades.

Examens de fin d'année		
Officiat	»	158
Pharmacie de 1re classe	65	
— de 2e classe	58	
Examen de validation de stage, 1re classe	9	
» » 2e classe	26	
Examens probatoires		
Doctorats civils	669	1.464
— marins	360	
Officiat	7	
Chirurgiens-dentistes	56	
Sages-femmes de 1e classe	20	
— de 2e classe	56	
Diplôme supérieur de 1e classe	2	
Doctorat de l'Université (Pharmacie)	6	
Pharmaciens de 1re classe	144	
— de 2e classe	132	
Herboristes de 1re classe	6	
— de 2e classe	3	
Total		1.622

Nombre des thèses.

Thèses soutenues pendant l'année 1900-1901. Doctorat	84
Diplome supérieur de pharmacien	2
Doctorat de l'Université (pharmacie)	6
Total	92

Diplômes conférés.

Doctorat	84
Officiat	»
Chirurgiens-dentistes	13
Sages-femmes de 1re année	8
— de 2e année	23
Diplome supérieur de pharmacien de 1re classe	2
Diplôme de Doctorat de l'Université « Pharmacie »	6
Pharmaciens de 1e classe	27
— de 2e classe	27
Herboristes de 1re classe	6
— de 2e classe	3
Total	199

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

Doyen : M. Caubet.

Professeurs honoraires : MM. Basset et Nogues.

Année scolaire 1901-1902

Semestre d'hiver (du 4 novembre 1901 au 28 février 1902)

Cours

Anatomie : M. Charpy, professeur. — *Histol. norm. et embryologie* : M. Tourneux, professeur. — *Anatomie et Histologie* : M. Soulié, agrégé. — *Pathologie externe* : M. Pénières, professeur. — *Médecine opératoire* : M. Labéda, doyen honoraire, professeur. — *Pathologie générale* : M. Herrmann, professeur. — *Microbiologie* : M. Morel, chargé du cours. — *Pathologie interne* : M. André, professeur. — *Thérapeutique* : M. Saint Ange, professeur. — *Hygiène* : M. Guiraud, professeur. — *Physique pharmaceutique* : M. Cluzet, agrégé. — *Zoologie* : M. Suis, chargé de cours. — *Pharmacie* : M. Ribaut, agrégé. — *Matière médicale* : M. Bræmer, professeur.

Cours

Semestre d'été (du 1er mars au 31 juillet 1902).

Physiologie : MM. Abelous, professeur, et Bardier, agrégé. — *Chimie biologique* : M. Aloy, chargé du cours. — *Physique biologique* : M. Marie, chargé du cours. — *Anatomie topographique* : M. Soulié, agrégé chargé du cours. — *Pathologie externe* : MM. Cestan et Bauby, agrégés. — *Zoologie médicale* : M. Suis, chargé de cours. — *Obstétrique* : M. Audebert, agrégé. — *Pathologie interne* : M. Frenkel, agrégé. — *Anatomie pathologique* : M. Tapie, professeur. — *Médecine légale* : M. Guilhem, chargé de cours. — *Médecine expérimentale* : M. Maurel, chargé de cours. — *Chimie et Toxicologie* : M. Frébault, professeur. — *Botanique* : M. Lamic, professeur. — *Chimie minérale* : M. Aloy, chargé des conférences. — *Pharmacie* : M. Dupuy, professeur. — *Hydrologie et Minéralogie* : M. Garrigou, chargé du cours.

Cliniques (*Hiver et été*).

Clinique médicale : M. Mossé, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Jeannel, professeur. — *Clinique obstétricale* : M. Crouzat, professeur. — *Clinique des maladies des enfants* (le jeudi, au Dispensaire, rue des Trois-Renards), M. Bézy, chargé de cours. — *Clinique des maladies mentales* : M. Rémond, professeur. — *Clinique médicale* : M. Caubet, Doyen, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Chalot, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. Vieusse, chargé de cours. — *Clinique syphiligraphique et dermatologique* : M. Audry, professeur. — Visite à l'Hôpital tous les jours.

Travaux pratiques (*Hiver et été*).

Anatomie : M. Charpy, directeur des travaux. — *Anatomie pathologique* : M. Daunic, chef de travaux. — *Bactériologie* : N... — *Parasitologie* : M. Suis, chargé de cours. — *Chimie* : MM. Ribaut et Laborde, chefs de travaux. — *Physique* : M. Cluzet, chef de travaux. — *Micrographie* : M. Suis, chargé de cours. — *Pharmacie* : M. Ribaut, chef de travaux. *Physiologie* : M. Bardier, agrégé. — *Histologie* : M. Soulié, agrégé. — *Chimie biologique* : N... — *Physique biologique* : M. Cluzet, chef de travaux. — *Médecine opératoire* : M. Cestan, agrégé. — *Chimie* : MM. Ribaut et Laborde, chefs de travaux. — *Micrographie* : M. Suis, chargé de cours. — *Pharmacie* : M. Ribaut, chef de travaux.

Laboratoire des Cliniques (*Exercices pratiques à l'Hôpital.*)

Anatomie pathologique : M. Rispal, agrégé, chef de travaux. — *Chimie appliquée à la pathologie* : M. Frenkel, agrégé. — *Physique appliquée à la pathologie* : M. Marie, chargé de cours.

Sages-Femmes (*Hiver et été*).

Accouchements : M. Crouzat, professeur. — *Anatomie, physiologie, pathologie élémentaires* : M. Audebert, agrégé. — *Accouchements* : M. Crouzat, professeur.

Récompenses et prix décernés par la Faculté. — Bourses. — Dispenses.

Prix Lefranc de Pompignan. — Une rente de 1.700 francs par an, provenant d'un legs de M. le marquis Lefranc de Pompignan, permet de décerner, tous les trois ans, une bourse à l'étudiant en médecine ayant pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat à la Faculté de Toulouse et s'étant distingué par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat reçoit 1.700 francs par an pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'ancienne Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de 500 francs est décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié quatre années dans ladite Ecole, y a été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40.000 francs, dont le revenu est distribué annuellement sous forme de prix à des étudiants en médecine, un concours spécial est ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, entre les élèves de première année et entre les élèves de deuxième année.

Prix Bascou-Lhuillier. — Mlle Bascou a institué par testament un prix annuel de 1.800 francs, pour être décerné chaque année. Ce prix sera attribué pour la première fois en 1902.

Prix Maury. — M. Maury a institué par testament trois prix annuels de 1.000 francs en faveur des étudiants dénués de fortune et les plus méritants, qui ont pris leur titre de docteur dans le courant de l'année. (La Faculté ne dispose pas encore de ce legs).

Prix de la Faculté. — Ces prix consistent en médailles et livres, décernés chaque année, à la suite de concours entre les étudiants en médecine et les étudiants en pharmacie.

Prix aux élèves sages-femmes. — Un concours de fin d'année est ouvert entre les élèves sages-femmes. Il est accordé une médaille d'argent et une mention honorable pour les élèves de 2e année ; une médaille de bronze et une mention honorable pour les élèves de 1re année.

Prix de Thèses. — Des prix sont décernés aux auteurs des meilleures thèses soutenues dans l'année.

Bourses. — Des bourses nationales sont données au concours aux étudiants en médecine et en pharmacie. Les concours ont lieu dans la dernière quinzaine d'octobre. Pour la première année de médecine et de pharmacie, l'attribution de ces bourses a lieu sans concours : elles peuvent être concédées à des étudiants ayant obtenu la note « *bien* » aux examens du baccalauréat (et 75 points aux examens du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pour la médecine).

Dispenses. — Des dispenses du droit d'inscription sont accordées chaque année, par la Faculté, à un dixième des étudiants astreints à ce droit. Les demandes en vue de ces dispenses doivent être remises avant le 25 octobre précédant l'année scolaire pour laquelle la remise est demandée.

Thèses de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, pendant l'année scolaire 1900-1901.

MM. Cluzet. Recherches expérimentales sur quelques points d'électro-diagnostic. — Sarda. Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse (lavage du péritome par l'eau oxygénée). — Bonsirven. Rapports de la tuberculose avec l'alcoolisme. — Dieulafé. Le diaphragme pelvien. Releveur de l'anus chez l'homme et chez les animaux. Anatomie, physiologie, application pathologique et obstétricale. — Bazerque. Essai de psycho-pathologie sur l'amnésie hystérique et épileptique. — Sipière. Histoire de la thérapeutique oculaire à l'époque gallo-romaine. — Jouane. Tumeurs tuberculeuses primitives du larynx. — Triollet. L'hypurgie dans les maladies chroniques du cœur. — Bringuet. Contribution à la défense de l'enfant.

MM. Rabat. Résultat opératoire de 200 observations de végétations adénoïdes. — Mallie. La pathogénie et l'anatomie pathologique du goître exophtalmique. — Rue. Nouvelle étude sur la révision de la loi Roussel. – Gilles. Contribution à l'étude des ruptures de la région péno-scrotale de l'urètre. — Galinier. Les conceptions pathogéniques actuelles sur les affections intestinales du nourrisson. — Ribaut. Influence de la caféine sur la nutrition chez le chien. — Balmelle. De la dilatation pupillaire dans les anévrysmes et les affections du cœur. — Segonds. Des manœuvres préventives dans les opérations intéressant la bouche et la cavité bucco-pharyngée (tubage du larynx). — Roussel. De l'analgésie chirurgicale par la voie rachidienne. — Pouech. Hypurgie dans les maladies du nourrisson.

MM. Bassal. Tétanie infantile et nourrices goitreuses. — Spassoff. Contribution à l'étude de l'instinct sexuel et de ses transformations dans les maladies mentales. — Djéicoff. Contribution à l'étude des accidents cardiaques dans le tabes. Un cas de névrite des nerfs pneumogastriques. — Gondre. De l'épithélioma ectoplacentaire, déciduome malin. — Buy. Anatomie du côlon transverse. — Paisseran. Contribution à l'étude de l'hématocèle du cordon spermatique. — Polier. Contribution à l'étude des cellules géantes et des leucocytes dans les épithéliomes malpighiens. — Engel. Contribution à l'étude expérimentale et pathogénique de l'intoxication saturnine. — Batsère. Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac. — Pirinski. Contribution à l'étude des hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né.

MM. Trouvtcheff. Contribution à l'étude des laryngites rubéoliques. — Semerdjieff. Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant. — Stéliandès. Contribution à l'étude des embolies pulmonaires préphlébitiques. — Catala. Essai d'un nouveau traitement des maladies mentales et de l'épilepsie. — Carrère. Des émissions sanguines. Etude historique, physiologique. — Lasaigues. Des infections des seins et principalement de la galactophorite, observées à la clinique d'accouchement de Toulouse. — Péris. Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité. — Combes. Contribution au diagnostic de l'hystérie coïncidant avec le syndrome de la sclérose en plaques ou l'hémiplegie. — Aujaleu. Contributions sur les manifestations hypocondriaques dans le cours de l'épilepsie. — Sentes. Barbazan au point de vue hydrologique.

MM. Beauloce. Alimentation dans la fievre typhoïde. — Albert. Contribution à l'étude des fractures de l'angle inferieur de l'omoplate. — Valot. Asthme et puerpéralité. — Rozieres. De l'état ponctué et des glandes sébacées de la muqueuse labio-buccale. — Trabarel. L'hygiène au Lycée de Toulouse. — Dubarry. Contribution à l'étude des énucléations de l'astragale. — Carbonneau. L'assistance médicale et hospitalière dans un coin du Comminges. — Rougnie. Etude coloniale sur Tunis. Hygiene et maladies locales. — Dalous. Recherches expérimentales sur les formes actinomycosiques du bacille de la tuberculose (type aviaire). — Dulfaud. Des endothéliomes intravasculaires sanguines.

MM. Boyer. Les eaux thermales d'Aix, leurs propriétés et leur emploi basé sur leur action dans l'organisme. — Lalande. Contribution à l'étude de la docimasie pulmonaire dans ses rapports avec la putréfaction en matière d'infanticide. — Cullerre. Contribution à l'étude des myopathies atrophiques progressives (quelques considérations sur la médication thymique). — Carvonidès. Contribution à l'étude expérimentale de la spartéine chez les vertébrés. — Auxion. Quelques considérations sur la tuberculose infantile (étude locale). — Gatcheff. Pseudo-hermaphrodisme et erreur de personne. — Escluse. Des localisations pleurales du rhumatisme. — De Brianson. Contribution à l'étude des éviscérations spontanées post-opératoires. — Boïadjieff. La réaction dite paradoxale de la pupille.

Thèse de pharmacie.

Dieulafé. Les eaux sulfatées des Pyrénées françaises.

ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE

École d'Alger

ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902.

Directeur : M. E. BRUCH.

Professeurs honoraires : MM. CH. BOURLIER et A. TREILLE.

Cliniques.

Toute l'année à l'Hôpital civil.

Clinique médicale : M. COCHEZ A. Lundi, à 10 h. ; vendredi, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. BRUCH. Mercredi, à 10 h. ; samedi, à 10 h. — *Clinique obstétricale* : M. GOINARD. Mardi, à 9 h. Samedi (conférence), à 10 h. — *Clinique des maladies des enfants* : M. CURTILLET. Mardi, à 10 h. ; jeudi, à 9 h. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées* : M. GÉMY. Mardi, à 10 h. vendredi, à 10 h. — *Clinique ophtalmologique (annexe)* : M. N... Lundi (exercices ophtalmoscopiques), à 10 h. ; jeudi, à 10 h. — *Clinique des maladies des pays chauds* : M. BRAULT. Le 2e lundi de chaque mois (semestre d'été), 10 h.

Les cours du semestre d'hiver commenceront le 3 *novembre* 1901 *et auront lieu dans l'ordre suivant* :

(Pour le premier semestre, le registre d'inscriptions sera ouvert du 4 au 12 novembre.)

Anatomie : M. TROLARD. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, de 3 à 4 h. à l'amphithéâtre d'anatomie. — *Histologie pathologique* : M. PLANTEAU. Mercredi, vendredi, à 4 h. ; au laboratoire d'histologie. — *Pathologie externe* : M. VINCENT. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. ; au grand amphithéâtre. — *Pathologie générale* : M. BLAISE. Jeudi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Maladies des pays chauds* : M. BRAULT. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., au laboratoire du professeur. — *Histoire naturelle médicale* : M. TRABUT. Mercredi, jeudi, vendredi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Physique medicale* : M. GUILLEMIN. Lundi, à 4 h.—*Physique biologique* (doctorat). Mardi. M. GUILLEMIN, samedi, à 5 h.— *Pharmacie* : M. BATTANDIER. Mardi, samedi, à 4 h., jeudi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie.— *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie.

Cours complémentaires (Décret du 14 juillet 1875).

Anatomie : M. LABBÉ. Mardi, samedi, à 3 h. — *Anatomie topographique* : M. N., Jeudi, à 3 h. — *Physique* : M. GRIMAL. Conférences. Vendredi, à 3 h., à l'amphithéâtre de physique.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. LABBÉ. Dissections. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, à midi. — *Histologie pathologique* : M. PLANTEAU. Jeudi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histologie. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE, Henri. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. MALOSSE, Henri. Vendredi, de 1 h. à 3 h. — *Histoire naturelle* : M. SOULIE. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h.

Les cours du semestre d'été commenceront le 1er *mars* 1902 *et auront lieu dans l'ordre suivant* :

Histologie normale et embryologie : M. PLANTEAU. Lundi et mercredi, à 4 h., au laboratoire d'histologie. — *Physiologie* : M. REY. Lundi, mercredi, samedi à 3 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pathologie interne* : M. BLAISE. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., grand amphithéatre.— *Hygiène et medecine legale* : M. MOREAU. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., au grand amphithéâtre. — *Therapeutique* : M. BOURLIER. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Matière medicale* : M. HÉRAIL. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., à l'amphithéatre de physiologie.

Cours complémentaires (Décret du 14 juillet 1875).

Conférences de médecine opératoire : M. GOINARD. Mardi et samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Conférences de médecine légale* : M. CRESPIN. Lundi, vendredi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Chimie biologique* ; M. GRIMAL. Lundi et vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie. —*Histoire naturelle médicale* (Bactériologie et Parasitologie). M. SOULIÉ. Mardi et samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Pharmacie et matière médicale* ; M. BEULAYGUE. Jeudi, samedi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histoire naturelle. — *Conférence de minéralogie* ; M. BEULAYGUE. Mardi et samedi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie.

Travaux pratiques.

Physiologie : M. REY, professeur ; M. JULIEN, préparateur. Mercredi, de 1 h. 1/2 à 3 h. — *Embryologie et histologie* : M. LABBÉ, prof. sup. Vendredi et samedi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histologie. — *Médecine opératoire* : M. GOINARD, prof. sup. Mardi, samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Chimie et toxicologie* ; M. MALOSSE, Henri, chef des travaux pratiques. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h., à 4 h. — *Chimie et physique biologique* : M. MALOSSE Henri, chef des travaux pratiques. Vendredi, de 2 h., à 4 h. — *Histoire naturelle* (Bactériologie et Parasitologie) : M. SOULIÉ, prof. sup. Jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h. — *Matière médicale* : M. BEULAYGUE, prof. sup. Jeudi, samedi, de 1 h, à 3 h., au laboratoire d'histoire naturelle.

Au commencement de chaque semestre, une affiche apposée à l'Ecole rappellera aux élèves les cours et les travaux pratiques auxquels ils sont soumis.

Services hospitaliers.

Renseignements généraux. — L'hôpital possède 800 lits répartis en onze services, dont cinq sont affectés aux différentes cliniques. Voici quelques renseignements sur ce qui s'est passé dans ces services pendant l'année 1890-1891.

Clinique médicale. — Un pavillon de 40 lits, plus des cabinets (pavillon Trousseau), est affecté au service des hommes : les femmes occupent la moitié du pavillon Andral, 20 lits et des cabinets. Un laboratoire, sous la direction du chef de clinique, est annexé au service.

Clinique chirurgicale et d'oculistique. — Le pavillon Dupuytren, 40 lits avec cabinets, est affecté aux hommes : les femmes occupent une salle de 20 lits et des cabinets dans le pavillon Bichat. Les malades hommes de la clinique d'ophtalmologie sont logés dans une salle du pavillon Dupuytren, les femmes dans une baraque (salle Daviel, 10 lits et une chambre de pansements) en face de la salle Bichat.

Clinique obstétricale. — Ce service occupe le pavillon Dubois, composé d'une salle de 26 lits pour les femmes grosses : une autre de 16 lits avec berceaux pour les accouchées, cabinets d'isolement, salle d'accouchement, etc.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Ce service comprend 100 lits de vénériens et 32 pour les malades de la peau.

Clinique des maladies des enfants. — Ce service, installé dans le pavillon Guersant, comprend deux salles de 40 lits chacune.

Les chefs des autres services, médecine et chirurgie, sont pour la plupart professeurs à l'Ecole. Les étudiants y trouvent aisément un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie. Le service médical de cet établissement comprend, en outre, 16 internes en médecine, 7 internes en pharmacie et 12 externes, nommés au concours. Le traitement des internes est fixé comme il suit : internes de 1re classe, 1.200 fr. ; — internes de 2e classe, 1.000 fr. ; — provisoires, 800 fr. Les concours pour l'internat et l'externat ont lieu chaque année, au mois de novembre : pour être admis à concourir pour l'internat, il faut justifier d'une année d'externat dans un hôpital ou de deux années de stage hospitalier.

Prix de l'Ecole de médecine.

Prix Poisson. — Ce prix, remis à la séance de rentrée des Ecoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année : il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 fr. : le lauréat est, en outre, prorogé d'une année dans ses fonctions et nommé de 1re classe.

Anatomie. — Le nombre des sujets, pour les travaux pratiques d'anatomie, est de 150 environ pour le semestre d'hiver (dissections) et de 36 environ pour celui d'été (exercices pratiques de médecine opératoire). Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, du prosecteur et de l'aide d'anatomie : les élèves sont munis d'un carnet sur lequel sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant le courant du semestre. Les exercices de médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine, pendant le semestre d'été sous la direction du professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales.

Chimie-Toxicologie et Pharmacie. — Les travaux pratiques ont lieu du 15 novembre au 30 juin, sous la surveillance du chef des travaux et du préparateur. Les élèves, divisés par groupes de deux, manipulent trois fois par semaine, lundi, mardi, mercredi, de 1 heure à 4 heures ; il est tenu note des absences.

Physique. — Ces travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves en médecine de 1re année et les élèves en pharmacie de 3e année, ont lieu chaque jeudi de 2 à 4 heures, sous la direction du chef des travaux et du préparateur. Ils durent toute l'année.

Histoire naturelle. — Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques qu'ils reproduisent ensuite par le dessin. Pour les études botaniques, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu sous la direction du professeur titulaire et du suppléant.

Matière médicale. — Les travaux ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur titulaire et du suppléant. Les élèves en pharmacie de 2e et de 3e années y sont seuls astreints. Ils sont répartis par groupes de deux, disposent d'une table et d'un microscope, ayant à leur disposition les instruments du laboratoire : chambre claire, microtome, etc. Ils doivent se fournir de rasoirs, crayons, papiers à dessin, car toutes les préparations sont dessinées, et les élèves habitués au maniement de la chambre claire.

Bibliothèque universitaire. — Ouverte tous les jours.

Jardin botanique médical : au camp d'Isly. — *Musée d'anatomie normale et pathologique* : salle des collections anatomiques. — *Collection d'histologie normale et pathologique* : au laboratoire. — *Droguier* : salle des collections de matière médicale. — *Collection d'histoire naturelle* (Zoologie et Botanique) : au laboratoire d'histoire naturelle.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE. — Ce Concours s'ouvrira le jeudi, 20 février 1902, à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie d'Alger. Nul ne peut concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de moins de 34 ans, et s'il ne justifie du grade de Docteur en médecine d'une Faculté française. Les candidats devront se faire inscrire du 1er au 15 février inclusivement, au Secrétariat des Ecoles, et déposer en même temps : leur acte de naissance, leur diplôme de Docteur en médecine, et s'il y a lieu, un exemplaire au moins de leurs publications scientifiques.

Nature des épreuves. — 1° Composition écrite sur un sujet de Tocologie ; (cinq heures sont accordées pour la rédaction). 2° Epreuve orale sur l'Anatomie ou la Physiologie se rapportant à la Tocologie ; (une demi-heure de réflexion et une demi-heure de leçon). 3° Epreuve pratique ; (*a*) Examen clinique d'une malade ; (un quart d'heure pour l'examen et un quart d'heure de leçon). (*b*) Opération sur le mannequin, avec démonstration.

Les anciens chefs de clinique obstétricale ne sont pas admis à prendre part au concours. La durée des fonctions est de 3 ans. Le chef de clinique reçoit un traitement annuel de 1,500 fr. Le chef de clinique assiste le professeur ; il dirige les internes, externes et stagiaires ; il est chargé de conférences, du service des autopsies, ainsi que de la contre visite du soir chaque fois que le professeur le juge nécessaire.

Alger, le 21 octobre 1901.

Mon cher maître et ami,

Je ne suis de retour à Alger que depuis peu de temps ; ceci vous explique pourquoi je n'ai pas répondu plus tôt à votre lettre. D'ailleurs, je n'ai malheureusement pas grand'chose à ajouter à ce que je vous ai dit, l'an passé, de l'école de médecine d'Alger, de l'hôpital, de l'Institut Pasteur, de l'Ecole d'Infirmiers qui nous manque, etc., etc. La situation, les desiderata, sont toujours les mêmes. A peine sortie de la période si troublée qu'elle vient de traverser, l'Algérie se recueille et fait l'essai des organes et des ressources dont elle vient d'être dotée avant de se lancer dans de nouvelles créations. Les Délégations financières ne procèdent qu'avec une circonspection, qui confine à la timidité, à la répartition du budget spécial.

C'est, en un mot, une période d'attente. Donc attendons.

Recevez, mon cher maître et ami, mes bien cordiales salutations.

Votre dévoué,

P. L. MOREAU.

Ecole de Marseille.

(*Palais du Pharo.*)

Directeur : M. Livon — *Directeur honoraire* : M. Chapplain. *Professeurs honoraires* :

M. Girard. — M. Sirus-Pirondi. — M. Magail. M. Chapplain.

Cours annuels.

Cliniques médicales : MM. N. et Laget, professeurs. Tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 9 heures du matin. — *Cliniques chirurgicales* : MM. Combalat et Villeneuve, professeurs. Tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Queirel, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin (hôpital de la Conception). — *Clinique des maladies des enfants* : M. d'Astros, chargé de cours. Mardi et samedi, à 10 heures du matin (hôpital de la Conception). — *Clinique de dermatologie.* — M. Perrin, chargé de cours. Mardi et vendredi, à 11 heures du matin (cours Belsunce, 41). — *Clinique d'ophtalmologie* : M. Guende, chargé de cours. Mercredi et samedi, à 11 heures du matin (rue Dieudé, 11 *a*.) *Maladies des organes génito-urinaires* : M. Escat, chargé de cours. Lundi et jeudi, 11 h. du matin (A. Pavillon 8).— *Pathologie et bactériologie des maladies coloniales* : M. Gauthies, chargé de cours. Lundi, à 6 h. — *Histoire naturelle coloniale* : M. Jacob de Cordennoy, chargé de cours. Mardi et samedi, à 4 heures. — *Hygiène et climatologie coloniales* : M. Reynaud, chargé de cours. Samedi, à 4 h. 1/2.

MM. les chefs de clinique feront des conférences, dans le but d'exercer les élèves au diagnostic.

Semestre d'hiver.

Physique : M. Caillol de Poncy, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Histologie* : M. Jourdan, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 2 heures du soir. — *Chimie* : M. Rietsch, professeur. Lundi et mercredi à 4 h. 1/4 du soir. Mardi 3 h. du soir. — *Médecine légale* : M. Fallot, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Pathologie médicale* : M. Boinet, professeur. Mardi et samedi à 4 h. 1/2 du soir ; jeudi, conférence pratique à l'Hôtel-Dieu, à 10 h. du matin. — *Pharmacie et toxicologie* : M. Domergue, professeur. Jeudi et samedi, à 3 h. du soir ; vendredi, à 4 h. du soir. — *Anatomie* : M. Magon, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir ; M. Alezais, professeur suppléant. Lundi, mercredi, à 5 h. 1/2 du soir. Vendredi, 4 h. du soir. — *Histoire naturelle (zoologie)* : M. Gourret, prof. suppl. Jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Minéralogie et hydrologie* : M. Gourret, chargé de cours. Jeudi et samedi, à 4 h. 1/4 du soir. — *Hygiène* : M. Arnaud (J.), professeur suppléant. Jeudi et samedi, à 3 h. 1/4 du soir. — *Bactériologie* : M. Rietsch, chargé de cours. Lundi et mercredi, à 2 h. 1/2.

Semestre d'été.

Histoire naturelle (botanique) : M. Bouisson, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Physique médicale* : M. Caillol de Poncy, professeur. Samedi, à 3 heures du soir. — *Matière médicale* : M. Heckel, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures du soir. — *Physiologie* : M. Livon, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2 du soir. *Anatomie pathologique* : M. Nepveu, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. du soir. — *Thérapeutique* : M. F. Arnaud, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Pathologie externe* : M. Roux, prof. suppl. Lundi, vendredi, à 3 heures du soir. — *Chimie organique* : M. Berg, professeur suppléant. Mardi, samedi, à 5 heures du soir. — *Chimie biologique* : M. Berg, chargé de cours. Vendredi, à 4 heures du soir. — *Médecine opératoire* : M. Cousin, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures du soir. — *Pharmacie galénique* : M. Gerber, professeur suppléant. Lundi, mercredi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Pathologie générale* : M. Oddo, professeur suppléant. Mardi, jeudi, à 4 h. 1/4 du soir.

Concours pour la nomination à six places d'Elèves internes en pharmacie des hospices civils de Marseille.

Un concours pour la nomination à six places d'Elèves en pharmacie des Hôpitaux Civils de Marseille sera ouvert le vendredi 27 Décembre 1901, à trois heures de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre des Concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures du soir, jusqu'au 19 décembre inclusivement.

Conditions de l'admisssion au concours et formalités à suivre : Tout aspirant devra être âgé de 18 ans au moins et de 40 ans au plus, être Français ou naturalisé Français. Il devra produire : 1° Son acte de naissance ; 2° un certificat de vaccine ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le Maire de la commune ; 4° le certificat de validation de son stage et des certificats de pharmaciens constatant qu'il a fait trois ans de stage, dont un an au moins dans une même pharmacie ; ces derniers certificats doivent, sous peine de nullité, être légalisés et indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie. Le Jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close ; il se compose : de deux Professeurs de l'Ecole de plein exercice de médecine et de Pharmacie, d'un Pharmacien de 1re classe de la ville et de deux Pharmaciens en chef des Hôpitaux.

Epreuves du Concours. Le concours se compose des épreuves suivantes : *Epreuves d'admissibilité.* 1° Reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle, à la chimie et à la pharmacie et de dix préparations pharmaceutiques proprement dites. Il est accordé à chaque candidat 15 minutes ; le maximum est de 30 points, dont un pour chaque préparation pharmaceutique ou subtance chimique ; pour les drogues simples, il y a 1/2 point pour le nom français, 1/4 de point pour le nom latin et 1/4 de point pour le nom de la famille. 2° Deux manipulations ou préprations pharmaceutiques magistrales ou officinales. Il est accordé une heure et le maximum est de 30 points.

Epreuves définitives. 1° Une épreuve orale portant sur la pharmacie galénique et sur la pharmacie chimique. Il est accordé 10 minutes après un temps égal de réflexion. Maximum : 30 points. 2° Une épreuve écrite portant sur un sujet de pharmacie, un sujet de chimie minérale et d'histoire naturelle médicale. Il est accordé 4 heures, Maximum : 75 points. Les plantes et les substances à reconnaître seront choisies par le Jury avant chaque séance et seront communes à tous les candidats passant dans une même séance ; il en sera de même dans les manipulations. Pour les épreuves orales, avant chaque séance, les questions seront rédigées au nombre de 5 et placées dans une urne ; celle que le sort désignera sera commune à tous les candidats de la même séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats ; il est tiré au sort entre 5 questions arrêtées par le Jury avant l'ouverture de la séance. Chaque élève sera nommé pour 3 ans ; la nomination sera renouvelable pour 3 autres années, si l'Administration le juge convenable. Ils recevront un traitement de : la première année, 860 francs ; la deuxième année, 920 francs ; la troisième et la quatrième années 980 francs. Ce traitement de 980 francs sera continué aux élèves renommés pour une nouvelle période de 3 années. Les élèves ne seront nourris et logés dans les Hôpitaux que les jours de garde. Ils seront responsables de leur service vis-à-vis de l'Administration et du Pharmacien en chef. Ils seront nommés, s'il y a lieu, par la Commission Administrative après le rapport du Jury d'examen. Ils n'entreront en fonctions qu'au fur et à mesure des vacances d'emploi et devront, en attendant leur installation définitive, remplir les fonctions d'élèves externes. Les candidats admis recevront un titre provisoire ne leur donnant pas le droit de porter par la suite le titre d'ex-internes des Hôpitaux ; ce droit ne leur sera définitivement acquis qu'au bout d'une année de service. Il leur sera remis alors un titre définitif. Les élèves cesseront d'office leurs fonctions à partir du moment où ils seront pourvus du diplome de Pharmacien. Les candidats prendront connaissance du Règlement intérieur ainsi que de celui spécial à la Pharmacie, dans les bureaux du Secrétariat Général à l'Hôtel-Dieu. Ils seront tenus d'observer toutes les dispositions actuelles et toutes autres que l'Administration pourrait adopter plus tard pour le bien du service.

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'elèves en médecine et en chirurgie.* — Le lundi 9 décembre 1901, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 5 places d'Elèves internes. — Le lundi 16 décembre 1901, à 8 heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 10 places d'Elèves externes. Ces deux Concours auront lieu devant la Commission Administrative assistée du Jury Médical. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le Maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier Concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions (ancien régime), ou de huit ins-

inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Epreuves du premier Concours. — 1° Pathologie Médicale et Chirurgicale (épreuve écrite ; deux questions). Cette épreuve est éliminatoire et aura lieu au commencement du Concours. Ne seront admis à prendre part aux autres épreuves que les candidats qui auront obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 pour cette épreuve. — 2° Préparation Anatomique. Au cours de cette épreuve les candidats rendront compte de leur dissection sans interruption et sans sortir de l'amphithéâtre. — 3° Question d'Anatomie et de Physiologie (épreuve orale). — 4° Rédaction de deux observations, l'une de Médecine, l'autre de Chirurgie. — 5° Trois questions dites de garde : Chirurgie, Médecine, Pathologie spéciale. (Accouchements et Syphilis). Ces questions seront traitées de vive voix après cinq minutes de réflexion.

Epreuves du deuxième Concours. — 1° (Epreuve écrite). Pathologie Chirurgicale élémentaire, comme pour le concours de l'Internat, cette épreuve sera éliminatoire et les candidats qui n'auront pas obtenu la moitié plus un du nombre de points fixé à 30 ne pourront prendre part aux autres épreuves. — 2° (Epreuve orale) Anatomie, (Ostéologie, Myologie). Cette épreuve ne portera pas sur les muscles compris dans la splanchnologie et organes des sens. — 3° Pansements, Bandages et Petite Chirurgie. Pour le choix des questions que comporte le programme de l'Externat, le Jury s'inspirera des conditions de scolarité dans lesquelles se trouvent la généralité des candidats. Après le rapport du Jury d'examen, la Commission Administrative nommera les Elèves. Les Elèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1902. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1905 pour les internes et au 31 décembre 1904 pour les externes. Les Elèves internes seront logés, nourris, éclairés et chauffés dans les Hôpitaux. Ils recevront, tous les candidats, un traitement de : La première année, 360 francs. — La deuxième année, 420 francs. — La troisième et la quatrième années, 480 francs.

Les élèves internes devront prendre les observations concernant les malades et leur service. Les élèves externes devront tenir les cahiers de visite ; ils recevront a cet effet une indemnité de 300 fr. par an. Les élèves nommés à ces concours, ainsi que ceux qui pourraient etre autorisés à les suppléer, devront se soumettre à tous les règlements actuels concernant le corps médical ainsi qu'a ceux qui pourraient être ultérieurement établis par la Commission Administrative et à toutes les modifications qu'elle croirait devoir y apporter. Tout élève, interne ou externe, qui se pourvoira, pendant la durée de ses fonctions, d'un diplôme universitaire qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé), sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'Elève.

Nota. — Bien que le concours pour l'Internat soit annoncé pour cinq places et celui de l'Externat pour 10 places, ce nombre pourra être diminué si la Commission le croit nécessaire. En outre des nominations annoncées, la Commission Administrative pourra, si elle le juge utile, procéder a la nomination d'un certain nombre d'Internes provisoires choisis parmi les concurrents a l'Internat ayant obtenu le minimum des points fixés pour l'ensemble des épreuves. Ces nominations auront leur effet pendant un an seulement à partir du 1er janvier 1902. Les internes provisoires seront, à tour de rôle, chargés de toutes les suppléances d'internes titulaires, lorsque ceux-ci devront s'absenter pendant une période de plus de huit jours. Lorsqu'ils seront en fonctions, ils recevront un traitement basé sur le traitement afférent a la première année d'internat et jouiront de tous les privilèges des internes. Les Externes des Hôpitaux de Marseille ayant pris part au concours de l'Internat et ayant obtenu le minimum des points conservent, en restant externes, le rang de placement qui leur a été assigné pour avoir un droit de priorité sur leurs collègues dans le choix semestriel des services hospitaliers.

Marseille, le 30 octobre 1901.

Mon cher Directeur,

L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille a continué à prospérer comme les années précédentes, mais si elle n'avait pas une vitalité extrême par sa situation et par les ressources qu'offrent les hôpitaux, ce ne sont assurément pas les largesses municipales qui favoriseraient cette prospérité.

Le Conseil municipal, en effet, poussant l'économie jusqu'à la suppression des crédits les plus nécessaires, a retranché du budget précédent une somme d'environ vingt-six mille francs, ce qui n'est pas fait pour bien faire marcher les différents services. Les suppressions portent sur des préparateurs, absolument indispensables pour surveiller les travaux pratiques ; sur les frais de cours, de bibliothèque, de travaux pratiques, sans parler du budget destiné à compléter les collections.

On comprend qu'une situation pareille est incompatible avec le développement de l'enseignement, surtout à une époque où les cours ont l'heureuse tendance à devenir de plus en plus pratiques.

En présence de cet état de choses, le professeur *Livon*, directeur, voyant que toutes ses démarches restaient vaines et que l'enseignement ne pouvait que péricliter, a donné sa démission à partir du début de la nouvelle année scolaire et rentre dans les rangs des professeurs.

L'enseignement de l'anatomie a toujours à lutter contre les mêmes difficultés et les mêmes préjugés relativement aux cadavres, c'est ainsi que durant toute l'année qui vient de s'écouler, 154 cadavres seulement ont été livrés pour les divers cours et travaux.

La bibliothèque s'enrichit d'année en année, non seulement par les nouveautés, mais encore par les dons qu'on lui fait. Elle compte actuellement plus de 17,000 volumes. Le dernier don qu'elle a reçu est celui du professeur Nagail, représentant environ un millier de volumes.

Sur la demande de l'Ecole, le Conseil de l'Université d'Aix-Marseille a pris une délibération relative à l'institution d'un diplôme d'études médicales coloniales et d'un diplôme d'études pharmaceutiques coloniales. Par un arrêté en date du 31 juillet 1901, M. le ministre de l'instruction publique a approuvé cette délibération. C'est une heureuse institution qui peut donner à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille une certaine prépondérance, car on ne peut nier que nulle ville ne peut offrir pour l'enseignement médical colonial autant de ressources spéciales réunies.

Mais, pour arriver à quelque chose, il faudrait que l'on se décidât à ne pas faire simplement des projets et des promesses.

Voici le relevé des immatriculations pendant l'année scolaire 1900-1901 :

Doctorat	4e année	33	167
	3e —	37	
	2e	50	
	1re —	47	
Officiat	4e année	5	6
	3e	1	
Pharmaciens, 1re classe	3e année	7	28
	2e —	12	
	1re —	9	
Pharmaciens, 2e classe	3e année	38	118
	2e —	32	
	1re —	48	
Sages-femmes			49

Ce qui donne un total de 368 immatriculés.

Veuillez agréer, etc.

X....

Ecole de Nantes.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine (ancien régime) peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. Les aspirants au titre de docteur en médecine (nouveau régime) peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du Doctorat. La circonscription de l'Ecole comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure. L'enseignement institué par le décret du 31 juillet 1893, pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, est organisé à l'Ecole depuis le mois de novembre 1894. Les examens probatoires ont lieu à Nantes, aux sessions de juillet et de novembre, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le Ministre.

Année scolaire 1901-1902.

Directeur : M. A. MALHERBE ; *Secrétaire* : M. AUBINEAU.

Semestre d'hiver.

Anatomie : lundi, mardi, jeudi samedi, à midi 1/4. M. JOÜON, prof. mercredi, vendredi à midi 3/4. M. EM. BUREAU, prof. suppl. — *Chimie biologique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2. M. ANDOUARD. — *Chimie minérale* : Mardi et vendredi, à 3 h. 1/2, et vendredi matin, à 8 h. 1/2. M. PETITEAU, prof. suppl. — *Histoire naturelle* (zoologie, cryptogamie) : Mardi, jeudi, samedi, à 1 h. M. X... prof. suppl. — *Accouchements* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. M. BUREAU. — *Pathologie générale* : Mercredi, vendredi à 5 h. M. GUILLEMET. — *Matière médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2. M. MÉNIER. — *Physique* : Lundi, jeudi à 10 h. 1/2 ; samedi à 4 h. 1/2. M. LEFÈVRE, prof. suppl. — *Pathologie chirurgicale* : Mardi, jeudi, à 4 h. M. MONTFORT. — *Petite chirurgie, pansements* : Samedi, à 4 h. M. MONTFORT. — *Thérapeutique* : Mardi, jeudi, samedi à 5 h. M. PÉROCHAUD. — *Conférences d'ophtalmologie* : Mercredi et jeudi, à 10 h. 1/2 du matin, M. SOURDILLE, prof. suppl. — *Organographie végétale* : Mercredi et vendredi, à 10 h. du matin, M. CITERNE, prof. suppl. — *Anatomie et physiologie humaines* : Lundi et jeudi à 10 h. du matin, M. BONNEL, prof. suppl. — *Clinique chirurgicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. M. POISSON. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. HERVOUET. — *Clinique ophtalmologique* : Tous les jours, mercredi excepté, à 1 h. M. DIANOUX.

Travaux pratiques.

Dissections : — Tous les jours, à 2 h., M. A. MONNIER, chef des travaux. — *Chimie* : Mardi, samedi, à 8 h., M. J. ALLAIRE, chef des travaux. — *Physique* : Mardi, mercredi et samedi, à 8 h. M. G. ALLAIRE, chef des travaux. — *Histoire naturelle* Lundi, mercredi, à 1 h. M. BONNEL, chef des travaux. — *Anatomie pathologique* : Mardi, vendredi, à 3 h. M. Maurice BUREAU, prof. suppl. — *Analyses chimiques* : Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h.. M. VIAUD, prof. suppl. — *Micrographie* : Lundi, à 1 h. (1[re] année, Pharmacie). M. BONNEL, prof. suppl. — *Micrographie* : Mardi à 8 h. (2[e] et 3[e] années, Pharmacie) M. BONNEL, prof. suppléant.

Semestre d'été.

Chimie organique et clinique : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. M. ANDOUARD. — *Médecine légale* : Mercredi, vendredi à 5 h. M. U. MONNIER. — *Hygiène* : Mardi et samedi à 9 h. 1/2. M. U. MONNIER. — *Physiologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3. h. M. ROUXEAU ; *Histologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4. h. 1/2. M. MALHERBE. — *Botanique* (*phanérogames*). *Pharmacie* : Mardi, jeudi, à 10 h., M. CITERNE, prof. suppl. — *Botanique* (*phanérogames*), *P. C. N.* Mercredi et vendredi à 10 h. M. BONNEL, prof. suppl. — *Pathologie médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h.. M. VIAUD-GRAND-MARAIS. — *Pharmacie* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h.. 1/2. M. FLEURY. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, à 3 h. 1/2, M. RAPPIN. — *Parasitologie* : Mardi, jeudi, samedi, à 1 h.. M. BUREAU LOUIS. — *Physique biologique* : Mardi, samedi, à 4 h. 1/2. M. LEDUC. *Clinique chirurgicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 h., M. HEURTAUX. — *Clinique médicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. M. OLLIVE. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h.. M. GUILLEMET. — *Clinique ophtalmologique* : Tous les jours, mercredi excepté à 1 h.. M. DIANOUX. — *Minéralogie et Hydrologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h.. 1/2. M. X... prof. suppl.

Travaux pratiques.

Chimie biologique : Mardi et samedi à 1 h. 1/2. M. J. ALLAIRE, chef des travaux. — *Chimie organique et clinique* : Mardi, vendredi, à 7 h. 1/2. M. J. ALLAIRE, chef des travaux. — *Physique* : Mardi, samedi, à 7 h. 1/2. M. G. ALLAIRE, chef des travaux. — *Histoire naturelle* : Lundi, mercredi, à 2 h. M. BONNEL, chef des travaux. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, à 4 h. 1/2. M. RAPPIN. — *Histologie* : Mercredi, à 4 h. et vendredi à 1 h. M. A. MONNIER, chef des travaux. — *Physiologie* : Jeudi, à 4 h. mardi et samedi à 3 h. 1/2. M. LE MEIGNEN, chargé des fonctions de chef des travaux. — *Médecine opératoire* : Lundi, mardi, jeudi, vendredi, à 4 h. M. VIGNARD, prof. suppl. — *Herborisation* : Tous les dimanches. M. CITERNE, prof. suppl. — *Micrographie* : Lundi à 2 h. (1[re] année, Pharmacie). M. BONNEL, prof. suppl. — *Micrographie* : Vendredi, à 2 h., (2[e] et 3[e] années, Pharmacie) M. BONNEL, prof. suppl.

Cours et travaux pratiques obligatoires.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. HIVER : Anatomie, petite chirurgie, pansements. Travaux pratiques, dissections, stage hospitalier. — ÉTÉ : Histologie, physiologie, chimie biologique, cliniques médicale et chirurgicale, physique médicale. Travaux pratiques : histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Deuxième année*. HIVER : Anatomie, pathologie chirurgicale, cliniques médicales et chirurgicale, chimie biologique. Travaux pratiques, dissections, stage hospitalier. ÉTÉ : Histologie, physiologie, chimie biologique, cliniques médicale et chirurgicale, physique médicale. Travaux pratiques : histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Troisième année*. HIVER : Anatomie (ancien régime), pathologie chirurgicale, thérapeutique, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques : dissections (ancien régime), stage hospitalier. — ÉTÉ : bactériologie, histologie (ancien régime), parasitologie, physiologie (ancien régime), pathologie médicale, anatomie et histologie pathologiques, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. Travaux pratiques : médecine opératoire, stage hospitalier. — *Quatrième année*. HIVER : Pathologie chirurgicale, thérapeutique, accouchements, cliniques médicale, chirurgicale, spéciale. Travaux pratiques : anatomie pathologique, stage hospitalier. ÉTÉ : Bactériologie, pathologie médicale, médecine opératoire (ancien régime), hygiène et médecine légale, cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et spéciales. Travaux pratiques : stage hospitalier, chimie clinique.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Première année. HIVER : Chimie minérale et organique, physique, organographie végétale, matière médicale. Travaux pratiques : chimie minérale et organique, micrographie. — ÉTÉ : chimie organique, botanique, physique. Travaux pratiques : micrographie, physique, herborisations. — *Deuxième année*. HIVER : Chimie organique, matière médicale, histoire naturelle, anatomie et physiologie humaines. Travaux pratiques : chimie analytique, micrographie. — ÉTÉ : chimie organique, pharmacie galénique, botanique : Travaux pratiques : micrographie, chimie organique, herborisations. — *Troisième année*. HIVER : Chimie générale et chimie biologique, Matière médicale, physique, histoire naturelle. Travaux pratiques : chimie analytique, toxicologie, micrographie. — ÉTÉ : Pharmacie galénique, botanique, minéralogie, hydrologie. Travaux pratiques : physique, micrographie, herborisations.

Enseignement préparatoire

en vue du Certificat des Sciences physiques chimiques et naturelles.

Cours : Physique, chimie, histoire naturelle (botanique et zoologie). Travaux pratiques correspondants à ces cours. — Physique, chimie, histoire naturelle, herborisations. Travaux pratiques correspondant à ces cours.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 11 heures du matin, et de 1 h. à 6 heures du soir.

Le *Musée anatomique* et celui des collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures.

Emplois de l'École accessibles aux Étudiants

(*Après concours*).

Prosecteur d'anatomie. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Aide de clinique ophtalmologique. — Préparateur des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie. — Préparateur des travaux de bactériologie. — Préparateur de chimie et de pharmacie. — Préparateur de physique et de matière médicale. — Préparateur d'histoire naturelle.

Concours annuels.

Internat en médecine (19 titulaires et 7 provisoires). — Internat de l'Asile des aliénés (2 titulaires). — Externat en médecine (24 externes). — Internat en pharmacie (8 titulaires et 3 provisoires). — Prix de clinique. — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie. — Prix pour les travaux pratiques de chimie. Prix pour les travaux pratiques de micrographie.

Prix fondés par le D[r] Émile Cossé. — Prix Marcé, 600 fr., et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire de clinique. — Prix Malherbe, 500 fr. et une médaille d'argent au 1[er] concours de l'internat des Hôpitaux de Nantes. — Prix Guépin, 400 fr. et une médaille d'argent, à l'auteur du meilleur mémoire d'ophtalmologie. — Prix de la ville de Nantes, 200 et 100 fr., 1[er] et 2[e] prix (après concours), aux élèves sages-femmes de la Maternité de Nantes.

Prix fondé par M[me] Allory. — Prix Allory-Gilles quinquennal à partir de 1901. — 500 fr. et une médaille d'or au meilleur travail sur la Phtisie pulmonaire.

N.-B. — Nul ne peut suivre les cours s'il n'est régulièrement inscrit sur les registres de l'École.

Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conférences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'École, établi conformément à l'article 16 du décret du 30 juillet 1883). Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire pendant trois ans un stage régulier dans l'un des Hôpitaux de la ville.

Les examens de fin d'année des étudiants en pharmacie porteront sur les matières enseignées dans les cours et travaux pratiques de l'année ou du semestre d'études qui précède l'examen.

Association Générale des étudiants de Nantes

(40, *rue de la Fosse*, 40.)

Cette Association fut fondée le 1er janvier 1889 : elle compte deux cents membres actifs et plus de cent cinquante membres honoraires : plus de la moitié des Etudiants des Ecoles de Nantes font donc partie de l'Association. Les membres honoraires sont recrutés parmi les hautes personnalités nantaises : professeurs de toutes les Ecoles, membre des toutes les Sociétés savantes, magistrats, officiers, grands industriels et commerçants. Toutes les Sociétés savantes, toutes les Sociétés de Bienfaisance demandent à l'Association son concours, qui ne leur est jamais refusé

Son but est de grouper autant que possible tous les Etudiants des différentes Ecoles dans un même esprit d'union et de solidarité, de procurer à chacun d'eux des avantages intellectuels et matériels, de venir en aide aux camarades qui sont dans le besoin. L'Association offre à ses membres un lieu de réunion, actuellement 40, rue de la Fosse, un magnifique local au premier étage avec billard, fumoir, café, bibliothèque, musique, escrime, photographie, salle du Comité. La bibliothèque, grâce aux membres honoraires, est riche en ouvrages de médecine, de droit et de pharmacie ; tous les grands journaux de Paris et les journaux locaux font le service de l'Association ; enfin l'Association reçoit un nombre considérable de revues. L'Association donne des conférences de Droit, de Sciences, de Lettres, d'Art, etc., enfin il est d'usage d'offrir tous les mois un concert aux membres honoraires.

Le Comité se compose de 9 membres, pris 3 dans chaque section médecine, pharmacie, droit La cotisation mensuelle est de 2 francs ; de plus, l'Association est subventionnée par l'Instruction Publique, le Conseil Général du département et le Conseil Municipal.

Mon cher directeur,

L'Ecole de médecine de Nantes a traversé l'année scolaire qui vient de finir sans modifications profondes dans sa situation. Le nombre des inscriptions a été de 880 contre 867 l'année précédente. C'est une augmentation insignifiante.

Dans le personnel, nous avons à enregistrer les mutations suivantes : M. Chartier, professeur de clinique médicale, a dû prendre sa retraite par suite de son état de santé. Il a été remplacé à la Clinique par M. Ollive, professeur d'hygiène et de médecine légale. Cette chaire a été donnée à M. Urbain Monnier, professeur suppléant des chaires de médecine et chef des travaux de physiologie.

M. le Dr Le Meignen a été chargé, jusqu'à l'issue d'un concours qui doit s'ouvrir le 3 mars prochain, de remplir les fonctions de chef des travaux de physiologie abandonnées par M. Urbain Monnier nommé professeur titulaire. Enfin MM. Lerat (Henri), étudiant en médecine, Corbineau (Alfred) et Mainard (Eugène), étudiants en pharmacie, ont été nommés préparateurs de bactériologie, de physique et d'histoire naturelle.

L'école de médecine de Nantes a eu l'honneur de recevoir au mois de septembre dernier le 3e *Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*. L'organisation préparatoire des travaux du Congrès, dirigée par M. Guillemet, professeur d'accouchements, a été parfaite et les séances très animées. La plupart des congressistes se sont déclarés très satisfaits soit des séances, soit de la tenue du Congrès en général.

Le 26 septembre, comme vous l'avez longuement rapporté dans le *Progrès* du 5 octobre dernier, a eu lieu l'inauguration des bustes de Chassaignac et Maisonneuve dans les squares de l'Hôtel-Dieu et de l'Ecole de médecine de Nantes.

Par une fortune singulière, les deux chirurgiens de Paris, anciens élèves de l'Ecole de médecine de Nantes dont on célébrait la mémoire auraient pu voir, si leur ombre était venue assister à la séance, trois professeurs de Paris, également anciens élèves de l'Ecole de Médecine assis au bureau ; l'un, M. le Professeur Guyon, pour présider la séance ; le second, M. Ed. Bureau, pour représenter l'Académie de médecine ; le troisième, M. Kirmisson, pour représenter la Société de chirurgie. C'était là une belle fête pour notre Ecole.

Veuillez agréer...

Ecole de Rennes.

Directeur : M. Perrin de la Touche.
Directeur honoraire : M. Delacour.
Professeurs honoraires : MM. Dayot père, Delacour, Bellamy, Louveau, Petit et Regnault.

Premier Semestre (Du 2 novembre au 15 mars).

A cette école, de même que dans les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année.

Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat.

Année scolaire 1901-1902

Toute l'année.

Clinique.

Cliniques médicales : MM. Bertheux et Follet, professeurs. — *Cliniques chirurgicales* : MM. Dayot fils, Le Moniet, professeurs. — *Clinique obstétricale* : M. Perret, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. Bruté, professeur. — *Clinique électrothérapique* : M. Castex, professeur. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Bodin, professeur.

Cours.

Anatomie : M. Lhuissier, professeur ; M. Lautier, professeur suppléant ; M. Duhamel, chef des travaux. — *Accouchements* M. Véron, professeur suppléant. — *Anatomie pathologique et bactériologie* : M. Bodin, professeur. — *Médecine légale* : M. Millardet, professeur suppléant. – *Physique* : M. Castex, professeur. M. Laurent, professeur suppléant. — *Chimie* : M. Lenormand, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Topsent, professeur. M. Lesage, professeur suppléant. — *Pharmacie* : M. Barthelot, professeur suppléant.

Travaux pratiques

Anatomie : M. Duhamel, chef des travaux. — *Anatomie pathologique et bactériologie* : M. Bodin, professeur. — *Physique* : M. Castex, professeur. — *Chimie* : M. Lenormand, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Topsent, professeur.

Deuxième Semestre (du 16 mars au 31 juillet)

Cours.

Histologie : M. Perrin de la Touche, professeur. — *Physiologie* : M. Lefeuvre, professeur. — *Hygiène* : M. Le Damany, chargé de cours. — *Thérapeutique* : M. Blin, professeur. — *Pharmacie* : M. Laurent, professeur. — *Physique* : M. Perrier, professeur suppléant. — *Chimie* : M. Bellamy, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Lesage, professeur suppléant.

Travaux pratiques.

Physiologie : M. Lautier, professeur suppléant. — *Histologie* : M. Duhamel, chef des travaux. — *Médecine opératoire* : M. Véron, professeur suppléant. — *Physique* : M. Castex, professeur. — *Chimie* : M. Lenormand, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Topsent, professeur.

Des Conférences spéciales préparatoires à l'Ecole du service de santé militaire de Physiologie, Philosophie et Allemand, sont instituées chaque année à partir du mois de janvier.

Aucun élève n'est admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'Ecole. Les inscriptions doivent être prises dans les quinze premiers jours de chaque trimestre : elles ne seront définitivement acquises qu'aux seuls étudiants dont l'assiduité aura été constatée aux cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.

Le Musée d'anatomie normale et pathologie et les collections d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts tous les jours, dimanche et fêtes exceptés, de 1 heure à 4 heures.

La Bibliothèque de l'école (à la Bibliothèque municipale) est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 5 heures et de 7 heures à 10 heures du soir.

École de plein exercice de Pharmacie de Rennes.

Concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale. — Les Professeurs suppléants sont nommés pour neuf ans, leur traitement annuel est de 2.000 fr., ils sont chargés, s'il y a lieu, de remplacer les professeurs titulaires, ils prennent, en outre, une part active à l'enseignement et font des cours complémentaires. Par arrêté ministériel en date du 30 juillet 1901, un Concours sera ouvert devant la *Faculté de Médecine de Paris*, le 7 juillet 1902, pour un emploi de professeur suppléant de pathologie

et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Conditions du Concours. — Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de 25 ans, et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine pris dans une Faculté française. Les candidats doivent se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris, un mois avant l'ouverture du Concours, et y déposer leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

Programme du Concours. — 1° Composition écrite sur un sujet d'anatomie chirurgicale ou topographique et de pathologie chirurgicale. Cinq heures sont accordées pour cette composition qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. — 2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de pathologie chirurgicale, après trois heures de préparation dans une salle fermée ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. — 3° Épreuves pratiques. A. Épreuve de clinique chirurgicale. Examen clinique de deux malades. — B. Épreuve de clinique obstétricale. Examen clinique de deux malades. Dix minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade. Après un quart d'heure de réflexion, dans une salle fermée, le candidat exposera dans une leçon orale d'une demi-heure de durée au maximum, les résultats de son examen clinique et le traitement à prescrire. — C. Une opétion chirurgicale. — 4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Amiens.

Directeur de l'École : M. Moulonguet.
Secrétaire de l'École : M. Ch. de Saint-Acheul,

Medecine.

Clinique médicale : M. Bax. — *Clinique chirurgicale* : M. Peugniez. — *Pathologie interne* : M. Décamps. — *Pathologie externe* : M. Moulonguet. — *Médecine opératoire* : M. Boussavit. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Fournier. — *Clinique ophtalmologique* : M. Fage. — *Anatomie* : M. Dhourdin. — *Anatomie topographique* : M. Labarrière. — *Physiologie* : M. Moynier de Villepoix. — *Histologie* : M. d'Hardiviller. — *Anatomie et physiologie* : M. Labarrière. — *Histologie et physiologie* : M. d'Hardiviller. — *Chimie biologique* : M. Bor. — *Physique biologique* : M. Pointelin. — *Anatomie pathologique et bactériologique* : M. Décamps.

Pharmacie.

Travaux pratiques de chimie et de physique : M. Sauné. — *Chimie organique* : M. Bor. — *Chimie générale* : M. Pancier. — *Physique* : M. Pointelin. — *Histoire naturelle* (invertébrés) : M. Dewèvre. *Matière médicale* : M. Pajot. — *Pharmacie* : M. Debionne. — *Histoire naturelle* (zoologie et botanique) : M. Bernard. — *Micrographie* (3e année) : M. Moynier de Villepoix.

Enseignement du P. C. N.

Physique : M. Coudert. — *Chimie* : M. Pancier. — *Botanique* : M. Moynier de Villepoix. — *Zoologie* : M. Duroselle.

Sages-femmes.

Anatomie : M. Debary, Mme Pauchet. — *Physiologie* : M. Debary, Mme Pauchet. — *Pathologie elementaire* : M. Jean Bernard. — *Accouchements* : M. Fournier, Mme Pauchet.

Tous les cours commenceront le 9 novembre. — Le livret de l'Etudiant à l'école d'Amiens et l'affiche des jours et heures de cours sont adressés gratuitement à toute personne qui en fera la demande au secrétaire de l'Ecole. Les inscriptions du premier trimestre doivent être prises du 3 au 15 novembre. Les nouveaux élèves (enseignement préparatoire et première année de pharmacie) sont invités à se présenter chez M. le Dr Fournier, rue Jules-Lardière, à partir du 9 novembre, à 2 heures, pour se faire revacciner. Il leur sera remis un certificat qu'ils produiront au secrétaire de l'École en prenant leur première inscription. — Pour les inscriptions et les examens, s'adresser au secrétaire de l'Ecole, 49, rue de la République.

Ecole d'Angers.

Directeur : M. Legludic.

Histologie : M. Bahuaud, professeur. — *Clinique interne* : M. Jagot, professeur. — *Pathologie interne* : M. Thibault, professeur. — *Clinique obstétricale* : M. Boquel, professeur. — *Physiologie* : M. Legludic, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Thezee, professeur. — *Anatomie* : M. Mareau, professeur. — *Pathologie externe* : M. Brin, suppléant, chargé du cours. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. N... — *Chimie organique et Toxicologie* : M. Tesson, professeur. — *Physique* : M. Sarazin, suppléant, chargé du cours.

Clinique externe : M. Monprofit, professeur. — *Professeurs suppléants* : M. Roguet, suppléant, chaires de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Brin, suppléant, chaires de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Sarazin, suppléant, de physique et chimie. — M. Coudrain, suppléant de pharmacie et matière médicale. — M. Tabuteau, suppléant d'histoire naturelle. — M. Martin, suppléant d'anatomie. — M. Martin, Chef des travaux anatomiques. — M. Lemesle, chef des travaux physiques et chimiques. — M. Royer, chef des travaux de physiologie. — M. Papin, chef des travaux d'histologie. — M. Thésée, délégué dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Cours libres : *Clinique des maladies mentales*, M. Petrucci ; *Clinique ophtalmologique*, M. Motais.

Enseignement pratique. L'hopital a 400 lits ; tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. *Clinique médicale* : hommes, 40 lits ; femmes 30 ; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits ; femmes, 25 ; plus des tentes et un service des vénériens — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits ; — Gynécologie, 12 lits. — L'hôpital a huit internes titulaires et quatre internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. Amphithéâtre des élèves ; tables pour sept séries.

Physiologie. — Un aide de physiologie. — Laboratoire spécial du professeur. Vaste laboratoire pour les élèves.

Bactériologie. — Un directeur, un chef de laboratoire, un préparateur. — Laboratoire spécial du professeur. Laboratoire pour les élèves.

Histologie. — Un préparateur.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, trois aides-préparateurs, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plateforme et étagère pour réactifs, etc.

Physique : Cabinet de physique. — Cabinet de radiographie, de radioscopie. — Laboratoire pour les élèves. — Laboratoire spécial du professeur.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes), bactériologie. — Bibliothèque ouverte aux élèves ; 5.000 volumes de médecine. — Salle de lecture ouverte de 1 h. à 5 h. tous les jours. — Nombreuses publications scientifiques périodiques. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. — L'École est, en outre, autorisée à donner l'enseignement préparatoire au *certificat d'études physiques chimiques et naturelles.* Nombreuses collections. — Jardins botaniques.

Ecole de Besançon.

Année scolaire 1901-1902. — semestre d'hiver. — (3 novembre).

Directeur : M. Chapoy. — *Directeurs honoraires* : MM. Druhen et Saillard.

Secrétaire : M. Suffren. — *Professeurs honoraires* : MM. Coutenot, Bruchon et Druhen.

Professeurs titulaires.

Clinique médicale : M. Gauderon, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Chapoy, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. Heitz, professeur. — *Anatomie descriptive* : M. Mandlrlau, professeur. — *Anatomie descriptive* (leçons complémentaires) : M. Hyenne, chef des travaux pratiques. — *Travaux pratiques d'anatomie* : M. Hyenne, chef des travaux anatomiques. — *Anatomie chirurgicale ou topographique* : M. Baigue, professeur suppleant. — *Travaux pratiques d'anatomie chirurgicale ou topographique* : M. Baigue, professeur suppleant. — *Pathologie interne* : M Roland, professeur. — *Chimie médicale et biologique, toxicologie* : M. Boisson, professeur. — *Travaux pratiques de chimie* : M. Morin, chef des travaux chimiques. — *Pharmacie* : M N., professeur suppléant. — *Physique médicale et biologique* : M. Col-

LÉATTE, chargé du cours. — *Chimie biologique* : M. MORIN, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de micrographie appliquée* : M. THOUVENIN, professeur.

SEMESTRE D'ÉTÉ. — (15 mars).

Clinique médicale : M GAUDERON, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. CHAPOY, professeur. — *Clinique obstétricale et gynécologie* : M. HEITZ, professeur. — *Pathologie externe* : M. SAILLARD, suppléé par M. BAIGUE. — *Histologie normale et embryologie* : M. PRIEUR, professeur. — *Matière médicale* : M. THOUVENIN, professeur. *Travaux pratiques de pharmacie* : M. N..., professeur suppléant. — *Physiologie* : M. BOLOT, professeur. — *Travaux pratiques de physiologie* : M. BOLOT, professeur. — *Botanique médicale* : M. MAGNIN, professeur. — *Travaux pratiques de botanique* : M. MAGNIN, professeur. — *Physique médicale* : M. COLLÉATTE, chargé du cours. — *Travaux pratiques de physique* : M. COLLÉATTE, chargé du cours. — *Anatomie et histologie pathologiques, séméiologie médicale* : M. BRUCHON, professeur suppléant. — *Travaux pratiques d'hysiologie pathologique et de bactériologie* : M. BRUCHON fils, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : M. BAIGUE, professeur suppléant. — *Chimie organique* : M. MORIN, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de chimie* : M. MORIN, professeur suppléant. — *Zoologie médicale* : M. MARCEAU, professeur suppléant.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 5 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 5 préparateurs et 2 aides ; 3 chefs de clinique ; 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Les emplois ci-après seront confiés à des étudiants : un prosecteur au traitement annuel de 250 fr. ; un aide d'anatomie au traitement annuel de 150 fr. ; quatre préparateurs au traitement annuel de 250 fr. chacun.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'Ecole. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Un service d'enfants a été créé. Les élèves font le service de toutes les salles civiles. Il y a un laboratoire de clinique très complet ; l'hôpital Saint-Jacques dispose de quatre places d'internes rétribués et de six places d'externes. — 2° l'hospice de Bellevaux renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité, où se fait la clinique d'accouchements, qui dispose de 30 lits ; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. — Les cadavres sont en nombre largement suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. — La bibliothèque contenant plus de 6.000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'Ecole. — L'Ecole est réorganisée conformément au décret 1er août 1883. — Le Conseil général du Doubs a créé six bourses de 600 francs chacune, en faveur des étudiants en médecine (Doctorat et Officiat) qui prendront l'engagement d'exercer dans le département pendant 10 ans. — S'adresser pour renseignements au directeur.

Ecole de Caen.

Directeur : M. AUVRAY. — *Secrétaire* : M. GALLOU.

Les cours ont recommencé le 3 novembre.

Professeurs. — *Anatomie* : M. GIDON. — *Physique* : M. DEMERLIAC. — *Histologie* : M. GATOIS. — *Pathologie interne* : M. MOUTIER. — *Clinique médicale* : M. AUVRAY. — *Clinique obstétricale* : M. GUILLET. — *Clinique chirurgicale* : M. BARETTE. — *Chimie et toxicologie* : M. LOUISE. — *Physiologie* : M. FAYEL. — *Matière médicale* : M. CHARBONNIER. — *Botanique* : M. CHEVREL. — *Pathologie externe et Médecine opératoire* : M. NOURY.

Professeurs suppléants.

Cours complémentaires : *Anatomie descriptive* : M. X. suppléant. — *Chimie* : M. BESSON, suppléant. — *Anatomie pathologique* : M. X. suppléant. — *Pharmacie* : M. FREMONT, délégué dans la suppléance. — *Zoologie* : M. LÉGER, chargé du cours. — *Accouchements* : M. OSMONT, suppléant.

Cours annexes : *Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes* : M. NOURY, chargé de cours.

Travaux pratiques.

Dissection et histologie normale : M. GIDON, chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques. — *Chimie biologique* : M. CHRETIEN, chef des travaux. — *Physiologie et bactériologie* : M. VIGOT, chef des travaux. — *Micrographie* : M. GIBON, fils, délégué dans les fonctions. — *Médecine opératoire* : M. N.., chef des travaux. — *Herborisation* : M. CHEVREL, chargé du cours. — *Histologie pathologique* : M. GOSSELIN, suppléant.

Emplois de l'Ecole accessibles aux Etudiants (après concours). — Prosecteur d'anatomie. Aide d'anatomie. Préparateurs de physique, chimie et histoire naturelle.

Concours annuels. — Prix pour les différentes années d'études : médecine, pharmacie, sages-femmes. Prix pour les travaux pratiques de chimie. Prix Le Sauvage (médaille d'or et livres). Prix Dan de La Vauterie.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Année scolaire 1901-1902, commençant le 5 novembre.

Directeur : M. le Dr D.-H. BOUSQUET. — *Secrétaire* : M. LABORDE.

Professeurs honoraires : MM. les Drs DOURIF, GAGNON, FREDET, BLATIN.

Circonscription de l'école : Puy-de-Dôme, Allier, Cantal, Loire, Haute-Loire, Lozère, Aveyron.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale : M. BOUSQUET, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 7 h. du matin. — *Clinique médicale* : M. DU CAZAL, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin. — *Anatomie* : M. TIXIER, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures du soir. — *Chimie* : M. HUGUET, professeur, lundi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pharmacie* : M. ROCHER, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2 du matin. — *Pathologie interne* : M. FOURIAUX, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Accouchements* : M. PLANCHARD, professeur, lundi et vendredi, à 5 heures du soir. — *Histologie* : M. LEPETIT, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. — *Physique médicale* : M. MALLY, chargé de cours, mardi et jeudi, à 8 heures du matin.

Cours complémentaires.

Anatomie : M. N..., professeur suppléant, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir. — *Petite chirurgie* : M. N..., professeur suppléant, jeudi, à 5 heures du soir. — *Histoire naturelle médicale* (Zoologie) : M. BRUYANT, professeur suppléant, mardi et samedi, à 11 heures du matin.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. DU CAZAL, professeur, lundi et jeudi, à 7 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. BOUSQUET, mardi et vendredi, à 7 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. PLANCHARD, professeur, mercredi et samedi, à 7 heures du matin. — *Physiologie* : M. Billard, chargé de cours, lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures du soir. — *Pathologie externe* : M. BIDE, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Histoire naturelle médicale* (Botanique) : M. GIROD, professeur, mercredi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2 du matin. — *Chimie biologique* : M. HUGUET, professeur, mardi, à 11 heures du matin. — *Chimie minérale* : M. GROS, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Physique biologique* : M. MALLY, chargé de cours, samedi, à 11 h. du matin.

Cours complémentaires.

Histoire naturelle médicale (Parasitologie) : M. BRUYANT, professeur suppléant, samedi, à 2 heures du soir. — *Anatomie pathologique* : M. MAURIN, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 4 heures et demie du soir. — *Médecine opératoire* : M. N..., professeur suppléant, mercredi, à 4 heures et demie du soir. — *Pharmacie et matière médicale* : M. COL, professeur suppléant, mardi et samedi, à 8 heures du matin.

Prix annuels.

Prix Fleury (dit prix d'observations). — Valeur 100 fr., dont une médaille en vermeil.

Prix Nivet. — Une médaille de 22 fr. et 38 fr. de livres à l'élève en médecine classé premier au concours de fin de 2e année. Une médaille de 22 fr. et 18 fr. de livres à l'élève en pharmacie classé premier au concours de fin de deuxième année.

Prix Bertrand. — Une somme de 360 fr. de rente annuelle a été léguée par M. Bertrand pour être divisée entre les étudiants en médecine et en pharmacie classés premiers a la suite des concours.

Prix Renoux. — Notes prises au cours. Valeur 100 francs.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs et de 6 suppléants. Il y a, en outre, 5 chefs des travaux et 3 chefs de cliniques.

Les travaux pratiques de dissection sont obligatoires pendant

tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours, de 1 heure à 4 heures, sous la direction du chef des travaux anatomiques. Grâce au voisinage de la maison centrale de Riom et des asiles d'aliénés de Sainte-Marie et de la Cellette, les cadavres sont assez nombreux pour suffire à tous les besoins du service ; les élèves peuvent disséquer jusqu'à l'époque des examens d'anatomie. Pendant l'été, les ressources de l'amphithéâtre sont utilisées pour les travaux de médecine opératoire.

D'après le nouveau régime d'études médicales, les étudiants en médecine peuvent subir, devant l'école à laquelle ils appartiennent, les examens de doctorat qui concernent l'anatomie et la physiologie. Deux sessions d'examen ont lieu à cet effet en avril et en août, elles sont présidées par un professeur de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. Les étudiants ont ensuite tout intérêt à faire leur troisième année à l'école de Clermont, il leur sera difficile, en effet, de trouver des services de clinique mieux fournis.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, dans lequel sont installées les cliniques, a en outre deux services de médecine, un service de chirurgie et un dispensaire de maladies d'enfants. Cet hôpital reçoit les indigents du département du Puy-de-Dôme et l'absence de tout autre grand hôpital dans la région du centre en fait le rendez-vous de tous les cas chirurgicaux intéressants de cette région. Du reste les statistiques de la clinique chirurgicale, dans ces deux dernières années, accusent un total supérieur à trois cents cinquante grandes opérations annuellement. Les services de cliniques sont donc largement assurés, de plus les élèves sont tenus d'y assister très régulièrement, car de fréquents appels sont faits par le Directeur.

Dans les jardins même de l'Hôtel-Dieu, se trouve la maternité qui appartient à l'Ecole de Médecine du 15 mars au 15 novembre ; les étudiants de troisième année peuvent assister à tous les accouchements ainsi qu'aux opérations obstétricales. Depuis trois ans, un service de radiographie a été institué dans une des salles de l'Ecole. Ce service, muni de tous les instruments nécessaires, est confié à M. le Dr Mally, professeur de physique, ancien chef de service d'électrothérapie de l'hôpital Bichat, qui dirige en même temps la Clinique électrothérapique. Ce service ouvert aux étudiants, leur permet de se familiariser, sous la direction du professeur, au maniement des divers appareils de radiographie et l'électrothérapie.

L'école de médecine de Clermont-Ferrand se trouvant au centre du groupe thermal, le plus important de France, il était au moins surprenant de voir les élèves abandonner l'école sans avoir aucune notion des richesses thermales disséminées autour d'eux. Rompant avec les anciens errements le Directeur a organisé cette année des voyages d'études, et a conduit les élèves médecins et pharmaciens de 2me et 3me année, visiter les principales stations thermales : Vichy, le Mont-Dore, la Bourboule et Royat ont successivement reçu ces caravanes scolaires. Un des médecins de la station a bien voulu leur faire une conférence, puis nos confrères leur ont fait voir en détail toutes les ressources de la médication hydro-minérale. Ces voyages seront continués les années suivantes et deviendront certainement un des attraits de notre enseignement.

L'Hôtel-Dieu de Clermont Ferrand met chaque année 6 places d'internes au concours, les titulaires reçoivent cinquante francs par mois comme appointements, et sont nourris les jours de garde. Les places de prosecteur, de préparateur de physique, de chimie et de pharmacie sont rétribuées et données au concours.

Ecole préparatoire de Dijon.

La circonscription de l'Ecole de Dijon comprend les départements de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne, de la Nièvre, de Saône-et-Loire et de l'Yonne.

Année scolaire 1901-1902, *commençant le* 4 *novembre.*

Directeur : M. Deroye. — *Directeur honoraire* : M. Gautrelet. — *Professeurs honoraires* : MM. Fleurot, Maillard et Hebert.

Semestre d'hiver, novembre-mars.

Clinique médicale : M. Deroye, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Parizot, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Anatomie* : M. Paulfart, les mardis, jeudis et samedis à 5 h. M. Abrant, chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Pathologie interne* : M. Misset, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. — *Médecine opératoire* : M. Broussolle, les mercredis à 8 h. et les jeudis à 4 h. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Vincent, professeur-suppléant, chargé de cours, les mardis, vendredis et samedis, à 9 h. — *Conférences* : M. Vincent, les samedis, à 2 h. — *Chimie minérale et toxicologie* : M. Pigeon, professeur chargé du cours, les lundis, mercredis et jeudis à 8 h. — *Anatomie topographique* : M. Baron, professeur-suppléant. Conférences les mardis et samedis, à 4 h.

Travaux pratiques.

Chimie, physique et pharmacie : M. Voizenet, chez des travaux physiques et chimiques, les lundis, mercredis et samedis, à 1 h. 1/4. — *Anatomie* : M. Abrant, chef des travaux anatomiques, tous les jours, à 1 h.

Semestre d'été, mars-juillet.

Clinique médicale : M. Deroye, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Parizot, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique obstétricale, maladies des femmes et des enfants* : M. Gautrelet, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. — *Physiologie* : M. Tarnier, les mardis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2. — *Travaux pratiques de physiologie* : M. Michaut, chef des travaux de physiologie, les jeudis, à 4 h. — *Pathologie externe* : M. Broussolle, les mercredis et vendredis, à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. Abrant, chef des travaux de médecine opératoire, les mardis et samedis, à 4 h. — *Histologie* : M. Collette, les mardis, jeudis et samedis, à 3 h. — *Travaux pratiques d'histologie* : M. Abrant, chef des travaux histologiques, les mardis et samedis, à 5 h. — *Histoire naturelle médicale* : M. Laguesse, les mardis, mercredis et vendredis, à 10 h. 1/4. — *Conférences* : M. Bonnabeaud, professeur-suppléant, les vendredis et samedis à 1 h. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : M. David, chef des travaux d'histoire naturelle, les lundis, vendredis et samedis, à 1 h. 1/2. — *Physique biologique* : M. Hurion, professeur chargé du cours, les lundis et vendredis, à 1 h. 1/2 (médecine) et les mercredis, à 4 h. 1/2 (pharmacie). — *Chimie biologique et toxicologique* : M. Bellier, professeur-suppléant, les mardis, à 4 h. et les jeudis, à 10 h. 1/2. — *Travaux pratiques de chimie, de physique et de pharmacie* : M. Voizenet, chef des travaux physiques et chimiques, les mercredis, à 1 h. 1/2, et les samedis, à 8 h. — *Anatomie pathologique et bactériologique* : M. Dubard, professeur-suppléant, les lundis et vendredis, à 10 h. — *Anatomie et physiologie générales* : M. Zipfel, professeur-suppléant, les mardis et samedis, à 4 h. — *Conférences cliniques sur l'aliénation mentale* : M. Garnier, médecin en chef de l'Asile des aliénés, les samedis, à 10 h. 1/4, à l'asile des Chartreux.

Les travaux pratiques sont obligatoires pour tous les étudiants.

Les cours de l'Ecole sont complets en deux années, sauf quelques-uns des plus importants (Anatomie, Physique), qui sont terminés dans chaque année scolaire.

Les travaux pratiques de dissections durent tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours, de midi à quatre heures ; néanmoins, les élèves peuvent disséquer, à cause de l'abondance des sujets, jusqu'au 15 avril, époque des examens du 1er de Doctorat. En été, ont lieu des travaux de médecine opératoire et d'histologie. Pendant les deux semestres, les laboratoires de chimie sont ouverts aux Etudiants en Pharmacie et Médecine (1re année). Ajoutons que l'Enseignement (cours et travaux pratiques) de la Faculté des Sciences est combiné de façon à ce que les Etudiants puissent y acquérir un complément d'instruction et profiter du riche matériel des Facultés somptueusement installées maintenant.

En été, des herborisations ont lieu tous les dimanches, sous la direction du professeur de l'Ecole de médecine.

Pour les Etudiants de médecine de 2e et de 3e année, les cliniques médicale et chirurgicale ont lieu à l'Hôpital général. Elles comprennent, outre les services d'adultes, l'infirmerie des vieillards et la crèche. De plus, les salles militaires, ainsi que les services du médecin et du chirurgien de l'hôpital, libéralement ouverts aux Etudiants, apportent leur contingent d'observations, d'autopsies et d'opérations. Le service des enfants malades est confié aux professeurs de l'Ecole de Médecine depuis 1890.

Grâce à l'administration des hospices, les services de chirurgie répondent aux exigences de l'antisepsie pour les installations de la pratique des grandes opérations.

L'enseignement obstétrical a lieu à la maternité du 15 mars au 1er octobre ; les Etudiants peuvent, jour et nuit, assister à toutes les opérations et suivre les accouchements normaux. La proximité de l'Asile des aliénés est aussi d'un grand secours pour compléter l'instruction des Etudiants qui peuvent, le dimanche, suivre les visites des médecins de l'établissement.

Chaque année, il y a un concours pour des places de préparateurs, de prosecteurs et d'aides d'anatomie. A l'hôpital, il y a également des concours pour les places d'internes (au nombre de deux) et d'externes (au nombre de quatre).

Le stage fait par les internes leur compte dans leur scolarité auprès des Facultés, de sorte que les étudiants peuvent, jusqu'à leurs derniers examens, continuer leurs études de doctorat et préparer leur thèse pendant leur internat.

Outre les prix de l'Ecole, il y a un prix annuel de clinique dé-

cerné, sur l'avis de l'Ecole, à l'Etudiant qui a le mieux rempli les fonctions d'interne à l'hôpital (Prix Picamelot). Notons, pour terminer, que la Bibliothèque de l'Ecole possède plus de 3 000 volumes, les périodiques et les thèses. Elle est ouverte aux Etudiants de midi à 5 heures.

Le Musée d'anatomie normale comprend de nombreuses pièces artificielles et une ample collection d'os, de sorte que les Etudiants peuvent en profiter et pendant la leçon du professeur et dans l'intervalle des cours, tous ces matériaux étant entièrement à leur disposition, sous la surveillance du prosecteur d'anatomie.

Plusieurs vitrines renferment des pièces pathologiques : ce sont principalement des fractures et affections du système osseux ; leur nombre s'accroît chaque année.

Inscriptions : Les étudiants devront prendre leurs inscriptions du 25 octobre au 15 novembre, du 4 au 15 janvier, du 1er au 15 mars et du 1er au 15 juin. Le droit d'inscription est uniformément de 30 fr. par trimestre, soit 120 fr. pour l'année entière, pour tous les étudiants. Indépendamment des diplômes ou certificats indiqués ci-après pour chaque catégorie d'étudiants, chacun d'eux doit déposer en prenant sa première inscription : 1° son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, l'autorisation de son père ou tuteur, avec signature légalisée par le maire de la commune ; 3° une note indiquant son domicile, en ville.

Doctorat en médecine (Décret du 31 juillet 1895). — Article premier. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années. Elles peuvent être faites pendant les trois premières années dans une *Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie*. Les études de la quatrième année ne peuvent être faites que dans une Faculté ou une Ecole de plein exercice. Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Art. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse. Art. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen : Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen : Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen : Première partie. — Médecine opératoire et anatomie topographique, pathologie externe, accouchements. Deuxième partie. — Pathologie générale, parasites animaux, végétaux ; microbes. Pathologie interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen : Thérapeutique, hygiène, médecine matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen : Première partie. — Clinique externe. Clinique obstétricale. Deuxième partie. — Clinique interne. Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième; le troisième entre la treizième et la seizième, le quatrième et le cinquième après la seizième.

Art. 6. Les notes obtenues par les candidats, soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen ou du directeur. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art. 7. — Les étudiants dans les Ecoles préparatoires réorganisées subissent le premier et le second examen devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent.

Art. 11. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et de stage près les hôpitaux sont obligatoires. Le stage près les hôpitaux est de trois ans au moins. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Art. 12. — Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

Droits à percevoir des aspirants au Doctorat en medecine pour la bibliothèque et les travaux pratiques. Droit de bibliothèque : 2 fr. 50 par trimestre ou 10 fr. pour l'année. Droit de travaux pratiques : 15 fr. par trimestre ou 60 fr. pour l'année.

Pharmacie (Décret du 26 juillet 1885). — Les études pour l'obtention du grade de pharmacien durent 6 années : 3 ans de stage dans une officine et 3 ans de scolarité. Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe devront prouver, au moment de leur première inscription de stage, qu'ils sont pourvus d'un diplome de bachelier. Les huit premières inscriptions prises dans une école préparatoire conserveront toute leur valeur devant une école supérieure. Les élèves en pharmacie de l'une et de l'autre classe ne seront admis à prendre la 1re *inscription de scolarité* que sur la justification *d'un stage de trois années régulièrement* accompli dans une officine, et *valide* par l'examen spécial dont il est parlé ci-après (*Circul. du 7 avril* 1883). Les inscriptions ne seront, *en aucun cas*, converties en inscriptions de 1re classe pour les étudiants de 2e classe en cours d'études : mais il en sera autrement pour les pharmaciens de 2e classe qui auront exercé pendant un an au moins. A la fin de chaque année scolaire, les étudiants de l'une et de l'autre classe subissent un examen portant sur les matières enseignées pendant la période d'études qui finit. L'étudiant ajourné peut se représenter au mois de novembre. Dans le cas d'un nouvel ajournement, il ne peut se représenter qu'au mois d'août suivant. Il ne prendra point d'inscription durant l'année suivante et ne pourra suivre que les travaux pratiques de l'année scolaire précédente. Les examens de fin d'année sont gratuits pour les aspirants au diplôme de 2e classe ; les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe ont à verser la somme de 50 fr. au profit de la caisse municipale. Les droits de **Travaux pratiques** pour les étudiants en pharmacie de l'une et l'autre classe sont de 100 fr. par an (25 fr. par trimestre) : le droit de *Bibliothèque* est de 10 fr. (2 fr. 50 par trimestre). Les trois examens probatoires pour les candidats au diplôme de 2e classe doivent être subis dans l'établissement où a été accomplie la troisième année de scolarité. Ils portent sur les matières suivantes fixées par le décret du 24 juillet 1889.

Premier examen : *Sciences physico-chimiques. — Application de ces sciences à la pharmacie.* — Epreuve pratique : Analyse chimique. Epreuve orale : physique ; chimie ; toxicologie.

Deuxième examen : *Sciences naturelles. — Applications à la pharmacie.* — Epreuve pratique : Micrographie. Epreuve orale : Botanique ; zoologie ; minéralogie et hydrologie. — Il est accordé *quatre* heures pour l'épreuve pratique de chimie et *deux* heures pour l'épreuve pratique de micrographie. Ces épreuves sont éliminatoires.

Troisième examen : 1re *Partie*. — Sciences pharmaceutiques proprement dites. *Epreuves pratiques* : Essai ou dosage d'un médicament. — Reconnaissance des médicaments simples et composés. — *Epreuve orale* : Pharmacie chimique et galénique. — Matière médicale. 2e *Partie*. — Préparation de huit médicaments chimiques ou galéniques. — Interrogations sur ces préparations. Quatre jours sont accordés pour la deuxième partie de l'examen. Cette deuxième partie du troisième examen pourra être remplacée, après avis de l'Ecole ou de la Faculté mixte, par une thèse contenant des recherches personnelles. Art. 2. — Les candidats refusés à la deuxième partie du 3e examen conservent le bénéfice de la première partie. Les étudiants refusés à l'une ou à l'autre de ces épreuves pendant la session d'août sont ajournés à la session de novembre suivant.

Cours. Les étudiants en médecine de *première année* sont tenus de suivre les cours de *clinique, d'histologie, d'anatomie, de physique et chimie biologique, et les travaux pratiques*. Les étudiants de *deuxième année*, les cours de *clinique*, d'*anatomie*, de *physiologie*, d'*histologie*, de *pathologie* et les *travaux pratiques*. Les étudiants de *troisième année* suivront les cours de *clinique*, de *pathologie*, d'*obstétrique* et les *travaux pratiques*. Les élèves qui se destinent à la pharmacie doivent suivre les cours de *physique*, de *chimie*, de *toxicologie*, de *pharmacie*, d'*histoire naturelle*, de *matière médicale* et les *travaux pratiques*.

Stage. (En médecine et en pharmacie — Examen de validation pour les pharmaciens). Les étudiants en médecine aspirant au doctorat sont tenus à *trois années* de stage dans un hôpital (ce stage commence après la première inscription). Les élèves en pharmacie doivent faire aussi un stage de *trois ans* dans une officine de pharmacien. ***Ils doivent renouveler leur inscription chaque année au mois de juillet, quelle que soit l'époque à laquelle la dernière a été prise.*** Après avoir accompli le stage officinal, qui ne compte qu'à partir de l'âge de 16 ans et du jour où ils ont justifié du certificat d'études ou d'un titre équivalent, et, ***avant de prendre la première inscription de scolarité***, les élèves en pharmacie de l'une et de l'autre classe devront subir un examen de *validation de stage* devant un jury composé de deux pharmaciens de 1re classe et d'un professeur ou agrégé de Faculté, président, (*Decret du 26 juillet 1885, art. 6*). Cet examen se compose des épreuves suivantes : 1° préparation d'un médicament composé, galénique ou chimique, inscrit au Codex; 2° Une préparation magistrale : 3° détermination de trente plantes ou parties de plantes appartenant à la matière médicale, et de dix médicaments composés : 4° questions sur diverses opérations pharmaceutiques (*Decret du 26 juillet* 1885, *art.* 6). Il est accordé 4 h. pour la 1re épreuve, une demi-heure pour chacune des trois autres. Il a lieu dans les écoles préparatoires, pendant les sessions d'août et de novembre. Il donne lieu à la perception d'un droit de 25 fr. au profit de la caisse municipale (*Decret du 3 août* 1880).

Concours. — Des concours particuliers pour les places d'élèves internes, d'élèves externes, de prosecteur, d'aide d'anatomie, de préparateur de chimie, de physique, de pharmacie et d'histoire naturelle, ont lieu toutes les fois qu'une vacance se produit dans ces emplois. Un concours pour des prix a lieu à la fin du deuxiè-

me semestre. Ces prix sont décernés aux élèves dans la séance publique de rentrée.

Ecole de Grenoble

Directeur : M. Bordier

Directeur honoraire : M. Berger.

Professeur honoraire : M. Berger.

Semestre d'hiver 1901-1902.

Les cours de ce semestre ont commencé le 5 novembre 1901. *Clinique médicale* : M. Porte, professeur ; mardi et vendredi, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Girard, professeur, lundi jeudi. à 10 heures. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Gallois, Termier, professeur, merc., sam., à 10 h. — *Anatomie* : M. Allard, professeur suppl., lun., mercr., et sam, à 1 h. 1/2.— *Bactériologie* : M. Berlioz, professeur, lundi, mardi, à 4 heures. — *Pathologie élémentaire* : M. Cibert, professeur, samedi, à 4 h. 1/2. — *Pathologie médicale* : M. Pegoud, professeur. mercredi, jeudi, vendredi, à 5 heures. — *Pharmacie et Matière médica le* M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4.—*Physique*: M. Pionchon, mercredi, jeudi, à 9 heures. — *Hydrologie* : M. Georges Dodero, chargé de suppléance, mercredi, à 10 heures. — *Histoire naturelle* (*Zoologie*) : M. Bordier, professeur, lundi.jeudi, à 10 heures. — *Chimie* : M. Labatut, professeur suppléant chargé de cours, lundi et jeudi, à 2 heures.

Cours complémentaires. Anatomie : M. Cibert, professeur suppléant, mardi, vendredi, à 1 heure et demie.— *Anatomie artistique* ; M. Bordier, professeur, samedi, 4 heures et demie. — *Dissection* : M. le chef des travaux anatomiques, lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, à 2 heures et demie. — *Bactériologie* : M. Berlioz, professeur, samedi, à 2 heures et demie. — *Accouchements*: M. Ternier prof. supp. mardi et jeudi à dix heures. — *Ophtalmologie* ; M. Deschamps, chargé de cours. mardi à 11 h.

Travaux pratiques

Histoire naturelle (zoologie) ; M. Picaud, chargé de suppléance mardi, vendredi, à 10 heures. — *Chimie* : M. Romeyer, chef des travaux chimiques, mercredi, à 2 heures. — *Pharmacie* ; M. Badoin, professeur suppléant, vendredi, à 2 heures.

Les étudiants en médecine. inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, subissent le premier et le second examen de doctorat devant l'École à laquelle ils appartiennent. Il est présidé par un professeur de Faculté désigné par le Ministre. Ils passeront le troisième examen devant une Faculté, mais se prépareront à l'Ecole réorganisée pendant leur troisième année d'études. Les sessions d'examen ont lieu dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecole préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre. Les modifications relatives à la réorganisation des études médicales ont été mises à exécution à partir du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878, c'est-à-dire à l'École de Grenoble, réorganisée, mais sur les matières exigées par ce décret de 1878. Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat d'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique. L'aspirant au titre de pharmacien de première classe doit produire un diplôme de bachelier. L'aspirant au titre de pharmacien de deuxième classe doit produire en s'inscrivant le certificat d'études et le certificat de validation du stage. Le registre des inscriptions sera ouvert pour le premier trimestre du 20 octobre au 5 novembre inclusivement et pendant les quinze premiers jours des autres trimestres. L'inscription ne sera acquise et délivrée que dans les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux exercices obligatoires, pendant tout le trimestre écoulé. Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous les élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée, et se continuer jusqu'à la douzième inclusivement. Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif, et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement. Les inscriptions prises à l'Ecole de Médecine comptent pour toute leur valeur comme prises dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires, la rétribution à verser est fixée pour les étudiants en médecine : à 15 francs par trimestre pour la première année : à 10 francs par trimestre pour les deuxième et troisième années, et 5 francs pour la quatrième année.

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de première classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoire pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de deuxième classe sont tenus de prendre douze inscriptions. Ces étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois années de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 francs par trimestre. Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août, pour les officiers de santé. les sages-femmes, les pharmaciens de deuxième classe et les herboristes ; en novembre, pour les mêmes ajournés ou empêchés de se présenter. L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques. Par délibération de l'Ecole de Médecine, des Concours auront lieu à la fin de l'année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : M. Chénieux.

Directeur honoraire : M. Raymondeau.

Professeur honoraire : M. Lemaistre.

Secrétaire : M. Pillaut.

Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne et Lot.

ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902.

L'enseignement institué par décret du 31 juillet 1893, pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, a été organisé à l'Ecole dès le mois de novembre 1894, et les examens probatoires auront lieu, aux sessions de juillet et de novembre, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences, délégué par le Ministre. Les cours commenceront le lundi 4 novembre 1901.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Anatomie* : M. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi et demi. — *Clinique chirurgicale* : M. Chénieux, professeur, directeur de l'Ecole, lundi, vendredi, a 8 h. du matin. — *Clinique médicale* : M. Thouvenet (Albert). professeur, mardi, jeudi. à 9 h. du matin. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Bleynie, professeur, mercredi, samedi, a 9 heures du matin. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Pillaut. professeur, lundi, mercredi, vendredi, a 10 heures et demie. — *Chimie minérale* ; M. Biais, professeur suppléant, mardi. jeudi, samedi, à 4 heures. — *Physique générale* : M. Gusse. professeur. lundi, mercredi. vendredi, à 5 heures. — *Physique biologique* : M. Gusse. professeur, jeudi, à 5 heures. — *Sciences naturelles* : *Zoologie* ; M. Boudet, professeur, mardi. jeudi, samedi, à 8 heures et demie.

Semestre d'été. — *Physique générale* : M. Gusse. professeur. mardi. jeudi, samedi. à 10 h. 1/4. — *Physique biologique* : M. Gusse; professeur, jeudi, à 5 heures. — *Chimie organique. Chimie biologique. Toxicologie* : M. Peyrusson. professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures et demie. — *Histologie* : M. Raymondaud. professeur, lundi, mercredi. vendredi, à 4 heures. — *Physiologie* : MM. Thouvenet, prof. et Eymeri, chargé du cours mardi. jeudi, samedi, à 2 heures. — *Pathologie interne* : M. Deloite, professeur, mardi, jeudi. samedi, a 4 h. — *Pathologie externe et Médecine opératoire* : M. Raymond. professeur, lundi, mercredi, vendredi. à 3 heures. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Bleynie. professeur, mercredi, samedi. à 8 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Chénieux. professeur. directeur de l'Ecole. lundi. vendredi, à 8 heures. — *Clinique médicale* : M. Thouvenet (Albert). professeur. mardi. jeudi. à 8 h. du matin. — *Botanique générale* : M. Devaux, professeur suppléant. mardi. jeudi, samedi, à 8 heures et demie. — *Botanique médicale* : M. Budet, professeur. lundi. à 8 heures et demie. — *Maladies mentales* : M. Doursout, Clinique : les dimanches à 9 heures, à l'asile départemental de Naugeat.

Cours complémentaires, conférences et travaux pratiques.

Cours complémentaire d'anatomie : M. Eymeri, professeur suppléant, mardi. jeudi, à midi et demi.

Démonstrations pratiques : M. Donnet. chef des travaux anatomiques, tous les jours. à 2 h.

Physique, Travaux pratiques pour le certificat d'études P.C.N : M. Garraud. chef des travaux, jeudi, à 1 heure.

Cours complémentaires d'accouchement : M. Donnet, professeur suppléant, mardi. jeudi. à 4 heures.

Dissection et Travaux pratiques d'histoire naturelle pour le certificat d'études P. C. N. : M. Devaux, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Conférences et Manipulations chimiques et analytiques pour le certificat d'études P. C. N. : M. Garraud, chef des travaux chimiques, lundi, mardi et samedi, de 1 à 4 heures.

Conférences et travaux pratiques de chimie et de physique pour la pharmacie : M. Biais, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 1 heure. — *Travaux pratiques de Micrographie pour la pharmacie* : M. Devaux, professeur suppléant, vendredi, à 8 h. du matin.

Cours spécial de physique pour la pharmacie : M. Biais, professeur suppléant, jeudi, samedi, à 5 heures.

Histologie, Travaux pratiques : M. Donnet, chef des travaux, mercredi, à 4 heures.

Physiologie, Travaux pratiques : M. Eymeri, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Bactériologie : M. David, professeur suppléant, lundi, vendredi, à 5 heures.

Conférences et Travaux pratiques de chimie pour le certificat d'etudes P. C. N. M.. Garraud chef des travaux, lundi, mardi, samedi, à 1 h. — *De physique* : jeudi, à 1 h.

Conférences et Travaux pratiques de chimie et de physique pour la pharmacie : M. Biais, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 1 heure.

Histoire naturelle, Travaux pratiques et Herborisation : M. Devaux, professeur suppléant, chef des travaux, mercredi, vendredi, à 7 heures et demie.

Travaux pratiques de Micrographie pour la pharmacie : M. Devaux, professeur suppléant, chef des travaux, mercredi et vendredi, à 3 h.

Minéralogie et Hydrologie : M. Garraud, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 3 h.

Préparation spéciale au concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire : Langue allemande, M. N.., professeur au Lycée. — Pathologie générale interne et externe, MM. Donnet, et Delotte.

Professeurs suppléants : MM. Devaux, Biais, Eymeri, Donnet, David, Garraud. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Donnet. — *Chef des travaux chimiques* : M. Garraud. — *Chef des Travaux d'histoire naturelle* : M. Devaux. — *Chef des Travaux de médecine opératoire* : M. N., — *Chef des Travaux physiologiques* : M. Eymeri. — *Prosecteur* : M. Faugeron. — 3 *Préparateurs de physique et chimie, pharmacie, histoire naturelle* ; *et* 2 *chefs de clinique*.

Asile Chastaingt. — Cet asile destiné à hospitaliser les vieillards de la commune de Limoges, a été fondé avec le produit d'un legs de 55.160 fr. 59, fait le 2 aout 1856 par le docteur Chastaingt. Ce legs, capitalisé pendant 38 ans, suivant le désir du fondateur, a produit la somme de 374.931 fr. 10 cent. réalisée en mars 1895 et qui, ajoutée à une somme de 175.000 frs. accordée par l'État sur les fonds du pari mutuel, a servi a la construction des bâtiments.

Le terrain, d'une contenance de 9 hectares 36, a été acquis en 1878, pour le prix principal de 93.000 fr., le montant total s'est élevé principal et intérêts a 103.441 fr. 74. L'hospice occupe une superficie d'environ 3 hectares et demi, au point de bifurcation des routes de Lyon et du Sablard. Six hectares de prés et terres, avec un corps de bâtiments composent une ferme-annexe, en partie sur la commune de Panazol. La construction des bâtiments de l'Asile commencée en 1894 a été terminée en octobre 1896.

L'Asile contient 200 lits d'hospitalisés (100 lits pour chaque sexe). Il a été occupé a partir du 16 janvier 1899. Il reçoit des vieillards indigents âgés de plus de 70 ans ou des incurables, âgés d'au moins 60 ans, domiciliés depuis plus de 5 ans dans la commune de Limoges. Les admissions ont lieu par ordre d'inscription. Pendant l'année 1899, 235 vieillards valides ou incurables des deux sexes ont séjourné à l'Asile Chastaingt, donnant ensemble 62.842 journées de présence. Mortalité à l'Asile : 31 décès, soit une proportion de 13.19 %.

—

Limoges 19 octobre 1901.

Mon cher ami,

Rien de nouveau à l'école de médecine de Limoges. Le nombre des élèves, qui avait augmenté beaucoup depuis quelques années, tend à rester stationnaire. Les transformations portent surtout sur les services hospitaliers, et les établissements d'assistance publique.

A l'hôpital, le pavillon chirurgical destiné aux seuls services chirurgicaux est commencé, et la construction parait devoir marcher rapidement. Dans ce même bâtiment, seront installés également des services de radiographie et d'électrothérapie dont l'organisation sera confiée à M. le Dr Garraud-Chotard, professeur suppléant de physique à l'école de médecine.

Enfin, grâce à une subvention du Conseil général, un pavillon consacré exclusivement aux malades atteints de diphtérie, va bientôt être commencé.

Les asiles pour les vieillards sont au nombre de deux, l'un départemental, l'autre municipal. Tous les deux ont été soumis dès leur ouverture à la surveillance de dames laïques, il n'a donc point été nécessaire de les laïciser.

Ecole de Poitiers.

Année scolaire 1901-1902

Directeur : M. Chédevergne. — *Secrétaire* : M. S. Roche.

La circonscription de l'école comprend les départements de la Vienne, de la Creuse et de l'Indre.

Les cours du premier semestre commencent le 3 novembre et finissent le 15 mars. — Les cours du second semestre commencent le 15 mars et se terminent à la fin du mois de juillet.

Premier Semestre. — *Clinique médicale* : M. Chédevergne, leçons du professeur, les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Chrétien, leçons du professeur, les mardis vendredis, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Roland, leçons du professeur, les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Anatomie* : M. Buffet-Delmas, leçons du professeur, les lundis, mardis, jeudis, et samedis, à midi 3/4. — M. Petit : Leçons et conférences du suppléant, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, à 8 h. 1/2. — M. Berland, leçons et conférences du chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. — *Pathologie médicale* : M. de la Garde, les lundis, mercredis, vendredis, à 5 heures. Conférence, le samedi, à la même heure. — *Chimie*, (*Pharmacie*) : M. Sauvage, les lundis et mercredis, à 1 heure 1/2. — *Physique*, (*Pharmacie*) : M. Garbe, le mardi, de 10 heures à 11 heures. — *Physique* (*Médecine*) : M. Garbe, le jeudi, de 5 heures 1/2 à 6 heures 1/2. — *Botanique* (*Pharmacie*) : M. Maurice Léger, les jeudis et samedis de 9 heures à 10 heures. — *Bactériologie et Parasitologie* : M. Maurice Léger, les mardis et samedis, à 5 heures. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Jouteau, les mardis, à 1 h. 1/2, jeudis et samedis, à 2 h.

Deuxième Semestre. — *Clinique médicale* : M. Chédevergne, leçons du professeur, les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Chrétien, les mardis et vendredis, à 9 heures 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Roland, les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Physiologie* : M. Delaunay, les lundis, mardis et vendredis, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Conférence, le samedi, à 5 heures. — *Histologie* : M. Brossard, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. Conférence, le vendredi, à 5 h. 1/2. — *Pathologie chirurgicale* : M. Malapert, leçons, les mercredis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2. — *Médecine opératoire* : M. Malapert, les mercredis et samedis, à 1 h. — *Chimie biologique* : M. Sauvage, le samedi, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — *Zoologie* : M. Poirault, les lundi, mercredis et vendredis, de 5 h. à 6 h. — *Herborisations* : M. Poirault, le dimanche.

Les conférences sont faites et les travaux pratiques sont dirigés par les suppléants et chefs de travaux.

Chimie et Physique : M. Sauvage, les lundis et mercredis, à 1 h. 1/2 (2e semestre). — *Hygiène* : M. Faivre, (conférences), les lundis et vendredis, à 5 h. 1/2. — *Chirurgie militaire* (petite chirurgie) : M. Malapert, 1er semestre, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Matière médicale*. M. Laguet les mardis et vendredis, à 8 h. (2e semestre). — *Cours de médecine dentaire* : M. Moore, les jeudis, à 8 h. 1/2 du matin.

Travaux pratiques.

Étudiants en médecine 1re, 2e, 3e années : *Anatomie* : M. Berland, tous les jours, de midi à 4 heures (1er semestre). — 2e et 3e années : *Histologie* : M. Berland, les mardis et samedis, à 3 heures. — *Physiologie* : M. Petit, les lundis et mercredis, à 4 heures. — 3e année : *Médecine opératoire* : M. Larre, les mercredis et samedis, à 1 heure. — 2e année : *Physique biologique* : M. L. Guitteau, les jeudis, de 2 h. à 4 h. (2e semestre).

Étudiants en pharmacie, 1re et 2e années : *Chimie* : M. L. Guitteau, les lundis et mercredis, de 8 h. à 11 h. — 3e année : *Histoire naturelle* : M. Maurice Léger, les mardis, jeudis et samedis, de 9 h. à 11 h. — 3e année : *Physique* : M. L. Guitteau, (conférences et manipulations), les vendredis, de 9 h. à 11 h. (2e semestre).

Ordre des cours suivant les années d'études

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re *année*). *Pendant le semestre d'hiver* : les cours d'anatomie, de chimie et de toxicologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle. — *Pendant le semestre d'été* : Les cours de clinique externe, de physiologie,

d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e *année*). — *Pendant le semestre d'hiver* : les cours de clinique externe de pathologie interne, de thérapeutique, d'anatomie, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : les cours de clinique interne, de physiologie, d'accouchement et de maladies des femmes et des enfants, d'hygiène, d'histoire naturelle, de pathologie externe.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e *année*). — *Pendant le semestre d'hiver* : Les cours de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, de thérapeutique, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : les cours de clinique interne, d'accouchement et de maladies des enfants, d'hygiène.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé aux vieillards aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de Médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de Médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole a été récemment, de la part de M. le Dr Raymondet, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter l'Ecole, tout y est organisé pour les y préparer. M. Garbe, professeur de physique à la Faculté des Sciences, fait un cours à l'Ecole de Médecine deux fois par semaine. M. le Dr L. Guitteau, fils, licencié ès sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique sur ces matières. Le chef des travaux exerce tous les jours pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les Etudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen. Indépendamment des cours de chimie que les élèves suivent à l'Ecole, ils sont admis à la Faculté des Sciences aux conférences de chimie analytique et de chimie biologique.

Ecole de Reims.

Année scolaire 1901-1902.

Directeur : Dr H. Henrot. — *Secrétaire* : L. Géneau de la Marlière.

La circonscription de l'école de Reims comprend, pour les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes de 2e classe, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'École a ouvert ses cours le jeudi 7 novembre, selon le programme suivant.

Semestre d'hiver.

Anatomie : MM. L. Harman, professeur, X., suppléant, tous les jours, de 11 heures à midi. — *Chimie minérale* : M. A. Pont, suppléant, lundi et vendredi, à 10 heures et demie. — *Physique* : M. Bagnéris, agrégé des Facultés de Médecine, suppléant, lundi, mercredi, et vendredi, à 9 heures. — *Pharmacie* : M. Lajoux, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. — *Pathologie externe* : M. Simon, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. — *Zoologie* : M. Laurent, suppléant, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures. — *Histologie* : M. Hache, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures. — *Pathologie générale* : M. Jacquinet, suppléant, lundi et vendredi, à 4 heures. — *Matière médicale* : M. Cordier, suppléant, lundi, mardi et mercredi, à 4 heures. — *Toxicologie* : M. Grandval, professeur, samedi, à 4 heures. — *Botanique* : M. Géneau de Lamarlière, professeur, mercredi, de 5 heures à 6 heures.

Semestre d'été.

Physiologie : M. Langlet, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures. — *Pathologie interne* : M. Colleville, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures. — *Botanique* : M. Géneau de Lamarlière, docteur ès-sciences, professeur, mercredi et samedi, à 5 heures. — *Physique médicale* : M. Chevy, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. — *Histologie* (technique histologique) : M. Hache, professeur, mercredi, à 5 heures. — *Bactériologie* : M. Cordier, suppléant, mercredi et vendredi, à 5 heures 1/2. — *Médecine opératoire* : M. Simon, professeur, mardi, jeudi et samedi, de 3 heures à 5 heures. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Grandval, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. — *Hydrologie* : M. Lajoux, professeur, jeudi à 5 heures. — *Chimie biologique* : M. Cordier, suppléant, lundi et mercredi, à 5 heures. — *Chimie minérale* : M. Pont, suppléant, lundi et vendredi, à 10 heures et demie.

Toute l'année.

Clinique médicale : M. H. Henrot, professeur ; M. Jacquinet, suppléant. — *Clinique chirurgicale* : M. A. Pozzi, professeur ; M. Lardenois, suppléant. — *Clinique obstétricale* : M. de Bovis, professeur; M. Lardenois, suppléant.

Travaux pratiques.

Semestre d'hiver.

Anatomie : M. M. Luton, chef des travaux, tous les jours (dimanche excepté) de 2 heures à 5 heures. — *Botanique* : M. Géneau de Lamarlière, chef des travaux, jeudi et vendredi, de 9 heures à midi. — *Zoologie* : M. Laurent, chef des travaux, mardi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Chimie* : M. Pont, chef des travaux, jeudi et samedi, de 2 heures à 4 heures. — *Chimie analytique* : M. X., chef des travaux, lundi et mardi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Semestre d'été.

Physiologie : M. E. Wiet, chef des travaux, mardi et samedi, à 3 heures. — *Physique* : M. Bagnéris, chef des travaux, mercredi et vendredi, de 8 heures à 10 heures. — *Chimie* : M. Pont, chef des travaux, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 heures. — *Histologie* : M. E. Luton, chef des travaux, lundi et vendredi, de 4 heures à 5 heures. — *Chimie analytique* ; M. X., chef des travaux, lundi, mardi et vendredi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.— *Botanique* : M. Géneau de Lamarlière, chef des travaux, jeudi et vendredi, de 2 heures à 5 h. — *Zoologie* : M. Laurent, chef des travaux, mardi, de 1 h 1/2 à 4 h. 1/2.

Reims, 2 novembre 1901.

Mon cher Rédacteur,

Il ne s'est passé depuis quelque temps à l'Ecole de Reims rien qui mérite d'attirer l'attention de vos lecteurs ; aussi serai-je bref. Les constructions neuves sont terminées ; les laboratoires sont installés, à part leur outillage, encore insuffisant pour quelques-uns. Le nombre des élèves ne diminue pas et l'organisation du P. C. N., pour lequel l'Ecole de Médecine de Reims fait fonction de Faculté des sciences, paraît donner les meilleurs résultats. Il semble donc que tout soit pour le mieux dans la plus tranquille des Ecoles de médecine de province.

Et voilà qu'à l'horizon s'élèvent des nuages : on dit que quelques conseillers municipaux, mus par un esprit d'économie, qui, dans cette fonction, est habituellement louable, voudraient soulever la question de la suppression de cette Ecole. Car, à part quelques subventions de peu d'importance, c'est la commune qui fait presque intégralement les frais de l'Enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Ce projet sera-t-il réellement mis au jour ? Je ne sais. En ce cas, il trouverait des adversaires résolus, mais il est toujours intéressant d'examiner en face les difficultés qui peuvent surgir et d'y pourvoir.

A Amiens, il a suffi de l'adoption d'une proposition de ce genre pour faire tomber une municipalité. Le fait peut se produire ailleurs, et il serait intéressant de s'enquérir de la situation réciproque des Ecoles de médecine et des conseils municipaux.

Dans un pays démocratique, il semble que les institutions d'enseignements doivent trouver des défenseurs d'autant plus ardents, d'autant plus désintéressés, que le peuple prend une part plus considérable à la direction des affaires publi-

ques. On voit d'ailleurs que beaucoup de grandes villes tiennent à honneur de conserver les grandes Ecoles qu'elles possèdent, et d'en créer lorsqu'elles n'en possèdent pas.

Il s'est fait un mouvement considérable dans ce sens : Universités, Facultés, Ecoles de plein exercice, Ecoles secondaires, se sont développées magnifiquement parfois, dans un pays que l'on accuse trop souvent de routine et d'inertie. Encore ne faudrait-il pas s'arrêter... en contemplation devant une œuvre imparfaite, ou plus encore, faire machine en arrière et briser de ses propres mains l'œuvre qu'on vient de construire.

Nous avons déjà attiré l'attention sur l'inconvénient qui résultait pour les Ecoles de médecine et de pharmacie de tenir toutes leurs ressources des communes et tous leurs règlements, leur organisation, de l'Etat.

Ou bien celui-ci s'en est trop désintéressé au point de vue budgétaire, ou bien il n'a pas laissé aux communes assez de liberté au point de vue de l'organisation.

Peut-être y aurait-il lieu pour l'Etat de prouver l'intérêt qu'il porte aux foyers de travail scientifique qui sont disséminés en province, en leur envoyant quelques subventions ; mais à coup sûr, il serait nécessaire que les villes cherchassent à rivaliser entre elles pour doter sans arrière-pensée leurs établissements d'enseignement supérieur comme elles le font pour les autres établissements. Elles en auraient tout le bénéfice moral et elles montreraient qu'elles ont l'intelligence des grands intérêts sociaux des populations qu'elles abritent.

Docteur Langlet.

Ecole de Rouen.

Année scolaire 1901-1902.

Circonscription de l'Ecole. — Départements : Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise.

Directeur : M. Brunon. — Secrétaire : M. Luquet.

Directeur honoraire : M. Delabost. — Professeurs honoraires : MM. Blanche et Tinel.

Semestre d'hiver (5 novembre au 15 mars).

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. Olivier. — *Clinique externe et gynécologique* (Hôtel-Dieu) : M. Cerné. — *Clinique obstétricale* (Hospice Gén.) : M. A. Martin. — *Travaux anatomiques* (Laboratoire) : M. N... — *Pathologie externe* (Ecole de médecine) : M. François Hue. — *Médecine opératoire* (Laboratoire) : M. Jeanne. — *Anatomie* (Laboratoire) : M. Bataille et N... — *Physique médicale* (Ecole de Médecine) : M. Buguet. — *Physique médicale* (Manipulations) : M. Buguet. — *Histoire naturelle* (Ecole des sciences) : M. Mesnard. — *Chimie et Toxicologie* (Ecole de médecine) : M. Gascard. — *Histologie végétale* (Ecole de médecine) : M. Dumont. — *Travaux chimiques* : M. Gascard. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : M. C. Nicolle. — *Clinique des maladies chirurgicales de l'enfance*. Cours libre) : M. Fr. Hue.

Semestre d'été (Du 16 mars au 31 juillet).

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. Olivier. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. Cerné. — *Clinique obstétricale* (Hospice Gén.) : M. A. Martin. — *Anatomie-pathologique* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. Nicolle. — *Physiologie* (Ecole de médecine) : M. Pennetier. — *Pathologie interne* (Ecole de médecine) : M. Brunon. — *Anatomie générale et Embryogénie* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. Bataille. — *Histologie* (Ecole de Médecine) : M. Leudet. — *Chimie médicale* (Ecole de médecine) : M. Gascard. — *Histoire naturelle* (Ecole de médecine) : M. Mesnard. — *Travaux chimiques* (Ecole de médecine) : M. Gascard. — *Matière médicale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. Pouchin. — *Histologie végétale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. Dumont. — *Pharmacie* : M. Pouchin. — *Physique médicale* : M. Buguet. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : M. C. Nicolle. — Profes. suppléants : MM. Nicolle, Dumont, Jeanne et N... — Chef des travaux anatomiques : M. N... — Chef de clinique : M. M. Vallée, N... N...

Historique et annuaire de l'Ecole chez M. Lestringant, libraire à Rouen.

Ecole de Tours.

Directeur : M. D. Barnsby. — Secrétaire : M. Girard.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique médicale : M. Bodin, professeur, mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Delagenière, professeur, lundi et jeudi, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Thierry, professeur, mardi et vendredi, à 9 h. du matin. — *Pathologie interne* : M. Meunier, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Botanique* : M. Barnsby, professeur, mardi, à 4 heures. — *Pathologie interne* (cours complémentaire) : M. Archambault, professeur-suppléant. — *Anatomie* : M. Ledouble, professeur, lundi, mercredi, samedi, à midi et demie. M. Lapeyre, professeur suppléant, mardi, vendredi, à midi et demie. M. André, chef des travaux. Conférences, lundi, vendredi, à 3 heures. — *Physique* : M. Wolff, professeur, mardi, jeudi, samedi, à une heure. — *Sciences naturelles* (*Zoologie*) : M. N... professeur suppl. lundi, vendredi, à 3 h. — *Chimie et toxicologie* : M. Grandin, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — *Physique biologique* : M. Wolff, professeur. Cours et manipulations. Samedi à 3 heures. — *Histologie* : M. Parisot, chef des travaux. Mardi et vendredi, à 5 heures.

Travaux pratiques. — Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques : M. André, chef des travaux. Tous les jours à une heure et demie. — *Micrographie végétale* : M. N... prof. suppl. Lundi et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Chimie* : M. Javillier, professeur suppléant. Mardi, mercredi, de 2 h. à 4 h., et samedi, de 2 h. à 5 h.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Bodin, professeur. mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Delageniere, professeur, lundi, jeudi, à 9 heures. — *Clinique obstétricale* : M. Thierry, professeur. Mardi et vendredi, à 9 heures du matin. — *Ophtalmologie* : M. J. Thomas, chargé de cours. — *Physiologie* : M. Guibbaud, professeur. Mardi, jeudi, vendredi, à 3 heures. — *Histologie* : M. Parisot, chargé de cours. — *Sciences naturelles* : M. Barnsby, professeur. Botanique : mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Herborisations : le dimanche ou le jeudi. — *Pathologie externe* : M. L. Thomas, professeur. Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. — *Pharmacie* : M. Pasquier, chargé de cours. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures un quart. — *Clinique des maladies mentales* : M. Archambault, suppl. Mardi, à 10 h. — *Matière médicale* : M. Faré, prof. suppl. Mardi et jeudi, à 4 h. 1/4. *Pathologie externe* (cours complémentaire) M. Henry Barnsby, professeur-suppléant. Lundi à 4 heures et samedi à 5 heures. — *Chimie biologique* : M. Grandin, professeur. Lundi à 4 heures. — *Histoire naturelle des parasites* : M. Javillier, suppléant. Jeudi, à 4 heure. — *Physique* : M. Pasquier, suppléant. Lundi à 1 heure.

Travaux pratiques.— Semestre d'été.

Chimie : M. Javillier, chef de travaux. Mardi, mercredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physique* : M. Javillier, chef de travaux. Lundi, de 2 heures à 5 heures, et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physiologie* : M. Parisot, chef de travaux. Lundi, de 1 h. à 3 h. — *Histologie* : M. André. chef de travaux. Jeudi, de 1 h. à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. Lapeyre, chef de travaux. Mardi et vendredi, à 2 heures.

Emplois de l'Ecole accessibles aux Etudiants.

Prosecteur. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Préparateur de chimie. — Préparateur d'histoire naturelle. — Préparateur de physique.

Concours annuels.

Internat en médecine (6 titulaires). Externat en médecine (20 titulaires). — Internat en pharmacie (5 titulaires et 2 provisoires.) — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie (Médailles de bronze, d'argent et de vermeil). — Prix pour les travaux pratiques de chimie, de physique, de botanique, d'anatomie, d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire.

Fondation de Mme Vve Riffault. — *Prix L. Tonnellé*. — *Une médaille d'or de 150 francs* sera décernée à la suite d'un concours annuel entre les étudiants en médecine de 3e année, inscrits à l'Ecole et internes à l'Hopital de Tours.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE BRUXELLES (1).

Président : M. V. JACQUES. — Secrétaire : M. LAURENT.

Candidature. (Art. 22 de la loi).

Histologie générale et spéciale : MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Exercices micrographiques* : MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof ord. Mardi, jeudi à 11 heures. — *Anatomie humaine systématique* (*Ostéologie, syndesmologie, névrologie*) : M. SACRÉ, professeur ord. Lundi, mardi et mercredi à 1 h. — *Anatomie humaine systématique* (*Myologie, angéiologie et splanchnologie*) : M. Lucien WILMART, suppléant. Jeudi, vendredi et samedi à 1 h. — *Anatomie humaine topographique* : MM. TH. HAUBEN, prof. ord. Samedi à 11 h. et vendredi à 2 h. — *Démonstrations anatomiques* : M. SACRÉ, prof. ord., assisté du chef des travaux anatomiques. Tous les jours de 9 h. à midi. — *Physiologie spéciale* : M. HÉGER, prof. ord. Lundi, mardi, mercredi, à 2 h. — *Physiologie générale* : M. DEMOOR, chargé de cours. Jeudi, samedi à 2 h. — *Embryologie* : M. HÉGER, prof. ord., vendredi à 2 heures — *Eléments d'anatomie comparée* : M. YSEUX, prof. ordin. Lundi, à 2 h. — M. BRUNIN, chef des travaux anatomiques. M. GALLEMAERTS agrégé préparateur aux cours d'histologie. M. HOUSSA, prosecteur au cours d'anatomie humaine topographique. M WILLEMS, prosecteur au cours d'anatomie humaine systématique.

Doctorat (Art. 24 de la loi).

Pathologie chirurgicale générale et spéciale : M. THIRIAR, prof. ord. Lundi, mercredi, vendredi, 12 heures. — *Pathologie générale et propédeutique* : M. SPEHL, prof. ord. Lundi à 1 heure. — *Théorie des accouchements* : M. KUFFERATH, prof. ord. Lundi à 1 heure, — *Pathologie et thérapeutique des maladies internes* : M. CARPENTIER, prof. ord. Jeudi à 12 heures ; samedi à 1 heure. — *Pharmacologie* : M. JACQUES, prof. ord. Vendredi à 12 heures. — *Thérapeutique générale et Pharmaco-dynamique* ; M. DESTRÉE, prof. ord. Mercredi, et vendredi à 1 heure. — *Anatomie pathologique* : M. STIÉNON, prof. ord Mardi et jeudi à 8 heures. — *Exercices pratiques d'anatomie pathologique* : M. STIÉNON, vendredi à midi. — *Psychiatrie* : M. DE BOECK, chargé de cours, vendredi à 12 heures. — *Clinique médicale*, (à Saint-Pierre) : M. STIÉNON, prof. ord. Mardi, jeudi, samedi à 8 heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Pierre : M. THIRIAR, prof. ord. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures. — *Clinique médicale* (à Saint-Jean) : M. DESTRÉE, prof. ord. Lundi, mercredi, vendredi à 8 heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Jean : M. GALLET, agrégé. Lundi et mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* (à la maternité) ; M. KUFFERATH, prof. ord. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique* (à Saint-Jean) : M. COPPEZ, prof. ord. Vendredi à 9 h. 1/2. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. LAURENT, prof. ord. Lundi mercredi et vendredi à 2 heures. — *Anatomie des régions et demonstrations* : M. HAUBEN, prof. ord. Lundi, mercredi et vendredi à 12 heures. — *Médecine légale* : M. DALLEMAGNE, prof. extraord. Lundi, mercredi et vendredi à 12 heures. — *Hygiène publique, privée et bactériologie* : M. DE SMET, prof. ord. Lundi, mercredi et vendred i à 1 heure. — *Assistants* ; M. VANDERVELDE, agrégé, pour l'anatomie pathologique ; M. FUNCK agrégé pour le Cours d'hygiène.

Cliniques complémentaires.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre) :

M. BAYOT, agrégé, jeudi et samedi à 12 heures. — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) ; M. JACQUES, prof. ord. le dimanche à 9 heures. — *Clinique de diagnostic chirurgical* (à Saint-Jean) ; M. DEPAGE, agrégé lundi et vendredi à 3 heures. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) ; M. DE BOECK, agrégé. Lundi et vendredi à 3 heures. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Pierre) : M. CHEVAL, agrégé. Jeudi à 1 heure. — *Clinique gynécologique* (à Saint-Jean) : M. ROUFFART, agrégé. Lundi et vendredi à 4 heures. — *Bandages et appareils* (à Saint-Pierre) : M. J. THIRIAR, profes. ordinaire. Dimanche à 9 heures. — *Clinique obstétricale*, à la Maternité ; M. TOURNAY, agrégé, vendredi, à 5 heures. — *Clinique chirurgicale* hospice de l'infirmerie ; M. VARHOOGEN, agrégé. Jeudi, à 2 heures 1/2. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean : Dr DELSAUX, chef de service de l'hôpital. Mardi à 1 heure.

(1) Pour plus de détails sur les Universités de Belgique voir le *Numéro des Etudiants* des années précédentes, en particulier celui de 1886

Cours libres.

Conférences obstétricales préparatoires au concours de l'Internat : M. COCQ, agrégé. Lundi, à 4 h. — *Exercices pratiques sur les manœuvres obstétricales* : M. COCQ, agrégé. Lundi à 4 h. — *Neuropathologie* ; M. COCQ, agrégé. Mardi à 8 heures. — *Anthropologie, Hygiène et pathologie tropicales* : M. HOUZÉ, agrégé. Vendredi à 5 heures, — *Massage* (à Saint-Jean) : M. LE MARINEL, agrégé. Mardi à 5 heures. — *Pathologie de la grossesse* : M. TOURNAY, agrégé. Jeudi à 1 h. (à partir du 1er janvier). — *Autopsies* (amphithéâtre de l'hôpital Saint-Jean) ; M. VANDERVELDE, agrégé, lundi à 4 heures. — *Eléments de diagnostic médical. Examen des malades* : hôpital Saint-Jean M. René VERHOOGEN, agrégé. — *Electricité médicale* ; M. CHEVAL, agrégé. Lundi à 3 heures.

Instituts scientifiques de Bruxelles.

Institut de Physiologie (au parc Léopold, créé avec la participation de la ville de Bruxelles. Fondateur, M. Ernest SOLVAY). Directeur : M. HÉGER, prof. ord. Personnel scientifique : MM. J. DEMOOR, chargé de cours ; SLOSSE, chargé de cours. — *Institut d'anatomie* (au parc Léopold, créé avec participation de la ville. Fondateur : M. R. WAROCQUÉ). Directeur ; M. SACRÉ, prof. ord. Chef des travaux anatomiques ; M. BRUNIN. — *Anatomie humaine systématique*. Professeur M. SACRÉ. Agrégé suppléant ; M. WILMART. Prosecteur ; N... — *Anatomie topographique*. Professeur : M HAUBEN, prof. ord. Prosecteur : M. HOUSSA.

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE NORMALE. — Directeur ; M. ROMMELAERE, prof. ord. Agrégé suppléant, préparateur ; M. GALLEMAERTS.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Directeur : M. STIÉNON, prof. ord. Agrégé, préparateur ; M. VANDERVELDE.

INSTITUT DE BACTÉRIOLOGIE ET D'HYGIÈNE (créé avec la participation de la ville de Bruxelles). — Fondateurs ; MM. Alfred SOLVAY, Georges BRUGMAN, Fernand JAMAR, Léon LAMBERT. Administrateur : M. DESTRÉE, prof. extr. Personnel scientifique : MM. Edouard DE SMET, prof. ord. ; DESTRÉE, prof. extr. ; FUNCK, préparateur, chef du laboratoire de bactériologie.

LABORATOIRE D'EMBRYOLOGIE pour la médecine. Directeur : M. HÉGER, professeur ordinaire.

INSTITUT BOTANIQUE (rue Botanique, 36). Directeur : M. Léon ERRERA, prof. ord. Assistants : MM. MASSART, prof. extr., et CLAUTRIAU Le laboratoire est ouvert tous les jours pour les étudiants qui préparent leur dissertation doctorale.

LABORATOIRE DE ZOOLOGIE ET D'ANATOMIE COMPARÉE. Directeur ; M. LAMEERE, professeur ordinaire.

LABORATOIRE D'EMBRYOLOGIE (doctorat en sciences). — Directeur : M. FRANCOTTE, professeur ordinaire.

LABORATOIRES DE CHIMIE. Laboratoire de chimie générale pour les travaux de la candidature en sciences et de la Faculté des sciences appliquées. — Directeur ; M. JOLY, prof. ord. Suppléant : M. TOUBEAU. Chef des travaux ; M. DAIMERIES, prof. extr. — *Laboratoire de chimie générale pour les travaux du doctorat en sciences*. Directeur : M. DE WILDE, professeur ord. Chef des travaux : M. WUYTS, H. Préparateur ; M. HECQ. — *Laboratoire de chimie analytique* (Faculté des sciences et Faculté des sciences appliquées). Directeur ; M. JOLY, prof. ord. Suppléant : M. TOUBEAU. Chef des travaux ; M. DAIMERIES, prof. extr. Préparateur : M. HECQ. — *Laboratoire de chimie industrielle* (Faculté des sciences appliquées). — Directeur : M. H. BERGÉ, prof. ord. Chef des travaux ; M. A. BERGÉ, agrégé. — *Laboratoire de chimie pharmaceutique et toxicologique*, Directeur ; M. DEPAIRE, prof. ord. Chef des travaux ; M. VAN ENGELEN, prof. ord. — *Laboratoire d'analyse des denrées alimentaires et de microscopie*. Directeur ; M. HERLANT, professeur ordinaire.

ECOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Examen de pharmacien (Art. 25 de la loi).

Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique. Pharmacie pratique : M. VAN ENGELEN, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des drogues simples et des substances alimentaires. Recherches microscopiques. Recherches des falsifications et des altérations des substances alimentaires*. M. A. HERLANT, prof. ord. Jeudi et vendredi, de 8 heures et demie à 9 heures et demie, et de 9 heures et demie à 11 heures. Mardi et mercredi de 1 heure à 5 heures. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Opérations chimiques. Opérations analytiques* : M. E. VAN ENGELEN, prof. Jeudi et vendredi, de 11 h. à midi Lundi, mardi, mercredi, de 9 heures et demie à midi et demie.

POLICLINIQUE LIBRE DE BRUXELLES

24-26, rue des Eperonniers,

Les cliniques spéciales inaugurées dans le courant de l'été 1891, seront reprises en novembre 1898 et continuées trois fois chaque semaine. Ces cours, essentiellement pratiques, permettent aux praticiens l'étude ou la révision rapide de différentes branches de la médecine. Ils auront une durée de deux mois et demi, et seront repris trois fois par an ; en novembre, en janvier et en avril. On est prié de se faire inscrire à la Policlinique tous les jours, de 9 à 10 heures, ou par correspondance.

Tous les jours à 8 h. 1/2. *Chirurgie infantile, Orthopédie,* M. le Dr HENDRIX. — Tous les jours à 8 h. *Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge,* M. le Dr HICGUET. — Lundi, mercredi et vendredi, de 2 h. à 4 h. *Maladies des femmes,* M. le Dr GODART.

De 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. *Maladies nerveuses. Electrothérapie.* M. le Dr GLORIEUX. — Mardi, jeudi, samedi, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. *Maladies de la peau,* M. le Dr DUBOIS-HAVENITH, agrégé à la Faculté.— Tous les jours, de 8 h. à 9 h. *Maladies des voies urinaires. Cystocopie,* M. le Dr BASTIN-WILLIAMS.

Tous les jours, de 11 h. à 12 h. : *Ophtalmologie,* Dr GALLEMÆRTS. — Tous les jours, de 10 h. à 11 h. *Maladies des voies digestives.* Dr GODART-DANHIEUX. — Mardi, jeudi et samedi, de 8 h. à 9 h. *Maladies des dents et de la bouche,* M. ROSENTHAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND

Doyen : M. A. DE COCK.— Secrétaire : M. VAN DUYSE.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

PREMIÈRE ANNÉE. — *Eléments de zoologie,* M. F. PLATEAU, professeur. — *Anatomie humaine systématique,* M. H. LEBOUCQ, professeur. — *Physiologie générale,* M. E. LAHOUSSE, prof. — *Histologie générale,* M. VANDERSTRICHT, prof. extr. — *Embryologie,* M. VANDERSTRICHT, prof. extr. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques,* M. H LEBOUCQ, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques,* M. VANDERSTRICHT, prof. — *Exercices pratiques de zoologie,* M. F. PLATEAU, professeur.

SECONDE ANNÉE.— *Anatomie humaine systématique,* M. H. LEBOUCQ, prof. — *Histologie spéciale,* M. VANDERSTRICHT, prof. extr. — *Anatomie topographique,* M. H. LEBOUCQ, prof. — *Physiologie spéciale,* M. E. LAHOUSSE, prof. — *Eléments d'anatomie comparée,* M. F. PLATEAU, prof. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques,* M. H. LEBOUCQ, prof.— *Démonstrations anatomiques microscopiques,* M. VANDERSTRICHT, prof. extr. — *Psychologie,* M. J. VAN BIERVLIET, prof. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée,* M. F. PLATEAU professeur.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Pathologique générale,* M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Anatomie pathologique,* M. Dr VAN DUYSE, prof. — *Pathologie chirurgicale générale,* M. E. BOUQUÉ, prof. — *Thérapeutique générale,* M. J. HEYMANS, prof. — *Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique,* M. VAN DUYSE, prof.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales,* M. E. EEMAN, prof. — *Pathologie chirurgicale spéciale,* M. E. BOUQUÉ, prof. — *Pharmacodynamique,* M. J.-F. HEYMANS, prof. ordinaire. — *Eléments de pharmacologie,* M. J.-F. HEYMANS, prof. ord.

TROISIÈME ÉPREUVE. — *Théorie des accouchements,* M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Médecine légale,* M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Clinique obstétricale,* M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales,* M. V. DENEFFE, prof. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique,* M. V. DENEFFE, prof. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées,* M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Policlinique chirurgicale, bandages, etc.,* M. A. DE COCK, prof. M. VAN IMSCHOOT, prof. extr. — *Policlinique médicale,* M. C. VERSTRAETEN, prof. — *Clinique gynécologique,* M. C. VAN CAUWENBERGHE, prof. — *Clinique médicale,* M. R. BODDAERT prof. — *Clinique chirurgicale,* M. A. DE COCK, prof. et M. F. VAN IMSCHOOT, prof. extr. — *Hygiène publique et privée,* M. E. VAN ERMENGEM, prof. — *Démonstrations d'anatomie des régions,* M. H. LEBOUCQ, prof.— *Démonstrations macroscopiques d'anatomie pathologique,* M. D. VAN DUYSE, prof.

COURS FACULTATIFS. — *Bactériologie,* M. E. VAN ERMENGEM prof. — *Otologie, laryngologie et rhinologie,* M. E. EEMAN, prof.

Les élèves des trois doctorats en médecine pourront, de plus, s'exercer tous les jours de 8 à 10 heures, au maniement du laryngoscope, etc.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND

Examen de Pharmacien.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Eléments de chimie, toxicologie.* M. GILSON, prof. — *Chimie pharmaceutique.* M. DELACRE, prof, M. E. GILSON, prof. — *Pharmacognosie, altérations et falsification des substances médicamenteuses.* M. E. GILSON, prof. — *Falsifications des denrées alimentaires.* M. E. GILSON, prof.

SECONDE ÉPREUVE.— *Opérations chimiques. Recherches microscopiques, Falsifications des médicaments,* MM. DELACRE, prof. et GILSON prof. — *Analyses, opérations toxicologiques, falsifications des denrées alimentaires.* M. GILSON.

Le Laboratoire d'analyses chimiques est ouvert aux élèves tous les jours de l'année, depuis 8 h. du matin.

TROISIÈME ÉPREUVE. —*Pharmacie pratique. Préparations pharmaceutiques* M. GILSON, prof.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE

Doyen : M. F. SCHIFFERS, professeur ordinaire.

Secrétaire : M. F. HENRIJEAN, prof. extraord.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements.

Anatomie humaine systématique ostéologie, myologie, syndesmologie, angéiologie et névrologie : M. F. PUTZEYS, prof. ordin. — *Anatomie humaine systématique* (splanchnologie, organes des sens) : M. A. SWAEN, prof. ordin. — *Anatomie topographique* : M. Ch. JULIN, prof. ordin. — *Anatomie comparée* : M. Ch. JULIN, prof. ordin. — *Embryologie* : M. Ed. VAN BENEDEN, prof. ordin. — *Histologie spéciale* : M. A. SWAEN, prof. ordin. — *Histologie générale* : M. Ch. JULIN, prof. ordin. — *Physiologie* : M. L. FREDERICQ, prof. ordin.— *Physiologie des organes des sens* : M. P NUEL, prof. ordin. —*Psychologie* : M. A. GRAFÉ, prof. ordin. — *Démonstrations anatomiques* : MM. A. SWAEN et F. PUTZEYS, prof. ordin. — *Exercices d'anatomie comparée* ; M. Ed. VAN BENEDEN, prof. ordin. et M. Ch. JULIN, prof. ordin.— *Exercices microscopiques d'histologie* : M. A. SWAEN, prof. ordin. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. L. FREDERICQ, prof. ordin.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Pathologie et thérapeutique générales, M. X. FRANCOTTE, prof. ordinaire. — *Pathologie et thérapeutique générales des maladies infectieuses.* — *Pharmaco-dynamique, pharmacologie et éléments de pharmacie* : M. F. HENRIJEAN, prof. extraord. — *Anatomie pathologique y compris les éléments de parasitologie. Démonstrations d'anatomie pathologique. Exercices pratiques d autopsie. Exercices pratiques microscopiques d anatomie pathologique. Travaux d'anatomie pathologique et de microbiologie. Maladies des pays chauds* ; M. CH. FIRKET, prof. ordin. —*Pathologie et thérapeutique spéciales des maladies internes* : M. Paul SNYERS, chargé de cours. — *Pathologie chirurgicale générale.* — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales.* — *Exercices pratiques de médecine opératoire.*— *Clinique chirurgicale. Policlinique chirurgicale* : M. A. VON WINIWARTER, prof. ordin. — *Hygiène publique et privée.* — *Démonstrations d'hygiène et excursions,* M. F. PUTZEYS, prof. ordin. — *Pathologie chirurgicale spéciale.* — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — *Policlinique* ; M. TROISFONTAINES, prof. extraord.— *Ophtalmologie.* — *Clinique ophtalmologique.* — *Policlinique* ; M. P. NUEL, prof. ordin. —*Bactériologie.* — *Travaux pratiques de bactériologie* ; M. E. MALVOZ chargé de cours. — *Médecine légale* ; M. Gabriel CORIN, chargé de cours. — *Psychiatrie envisagée au point de vue médico-légal.*— *Clinique des maladies mentales* ; M. X. FRANCOTTE, prof. ordin. — *Clinique médicale* : M. N..., *Policlinique médicale. Exercices de clinique propédeutique. Clinique des maladies des enfants* ; M. N...— *Démonstrations d'anatomie des régions* M. Ch. JULIN, prof. ordin. — *Obstétrique.* — *Clinique obstétricale. Policlinique obstétricale. Opérations obstetricales. Clinique gynécologique* : M. F. PLANCHAR, prof. ordin. — *Clinique des maladies des vieillards* ; M. F. HENRIJEAN, prof. extraord. — *Clinique des maladies du larynx du nez et des oreilles.* — *Policlinique* ; M. F. SCHIFFERS, prof. ord.

Pharmacie.

Pharmacognosie, chimie pharmaceutique, altérations et falsications des médicaments. Exercices pratiques de pharmacie ; M. A. GILKINET professeur ord. — *Chimie analytique qualitative et quantitative. Exercices pratiques de chimie analytique* ; M. L. DE KONINCK, prof. ordin. — *Altérations et falsifications des substances alimentaires. Pharmacie pratique y compris la préparation des médicaments inscrits dans la pharmacopée. Exercices pratiques de pharmacie* ; M. VAN JOHNSSEN prof. extraord. — *Eléments de chimie toxicologique exercices pratiques de chimie toxicologique* ; M. TH. CHANDELON, chargé de cours.

B. — Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE

M. le Professeur A. Eternod, doyen.

ANNÉE 1901-1902.

Cours.

Anatomie normale ; M. le prof. Laskowski. Six heures par semaine. — *Conférences pratiques d'anatomie normale* ; Le même professeur. Tous les jours. — *Exercices pratiques de dis-* Le même professeur. Tous les jours. — *Anatomie et physiologie section pathologiques générales* ; M. le professeur F.-G. Zahn. Six heures par semaine. — *Cours d'autopsies et démonstrations pathologiques* ; Le même prof. Tous les jours. — *Travaux pratiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique, y compris la bactériologie* ; Le même professeur. Tous les jours. — *Histologie normale* ; M. le Professeur Eternod. Trois heures par semaine. — *Embryologie* : Le même professeur. Trois heures par semaine.— *Stomatologie* : Même professeur, deux heures. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale.* Le même professeur. Tous les jours sauf le jeudi. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même prof. Tous les jours. — *Physiologie* ; M. le prof. J.-L Prévost.. Six heures par semaine. — *Démonstrations et exercices pratiques* dans le laboratoire, avec conférences pratiques, tous les jours. — *Pathologie interne.* M. le prof. d'Espine. Trois heures par semaine. — *Pathologie externe* ; M. le prof. J.-L. Reverdin. Trois heures par semaine. — *Clinique et policlinique médicales* ; M. le prof. L. Bard. Sept heures 1 2 par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales* ; M. le prof. Julliard. Sept heures 1/2 par semaine. — *Clinique obstétricale et gynécologique* ; M. le prof. A. Jentzer. Cinq heures par semaine. — *Cours théorique d'accouchement* ; Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Cours théorique de gynécologie* : Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Matière médicale et thérapeutique* : M. le prof A. Mayor. Trois heures par semaine. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours. — *Hygiène* ; M. le prof. H. Cristiani. Deux heures par semaine.— *Médecine légale avec excercices pratiques* ; M. le prof. L. Mégerand. Quatre heures par semaine. — *Psychiatrie* ; M. le prof. R. Weber Deux heures par semaine. — *Clinique ophtalmologique* ; M. G. Haltenhoff, prof. extraor. Deux heures par semaine. — *Ophtalmologie* ; Le même professeur. Une heure par semaine. — *Policlinique chirurgicale* ; M. le prof. Aug. Reverdin. Deux heures par semaine. — *Maladies vénériennes et cutanées* ; M. le prof. H. Oltramare. Une heure par semaine.

Cours de privat-docent.

Hygiène et alimentation de l'enfance ; M. le Dr Audréoud. Une heure par semaine. — *Technique physiologique* ; M. le Dr Battielli. Une heure. — *Répétitoire de gynécologie* ; MM. les Drs F. Bétrix et O. Beuttner. Deux heures. — *Cavité abdominale et massage.* M. le Dr Bourcart. Une heure. — *Chirurgie d'urgence* : M. le Dr Buscarlet. Une heure — *Ophtalmalogie pratique* ; M. le Dr Gourfein. Deux heures. — *Oto-rhino-laryngologie* ; M. le Dr Jaunin. Deux heures. — *Cours de diagnostic des maladies chirurgicales* : M. le Dr Kummer. — *Anatomie fine descentres nerveux avec applications à la physiologie et à la pathologie cérébrale et mentale* M. le Dr Ladame. Deux heures. — *Maladies des enfants* ; M. le Dr Ed. Martin. Une heure 1/2. — *Répétitoire de Médecine interne* ; M. le Dr Ruel. Deux heures. — *Cours pratique de diagnostic obstétrical sur le mannequin* : M. le Dr de Seigneux. Une heure. — *Policlinique oto-rhino-laryngologique* ; M le Dr A. Wyss. Deux heures. — *Les troubles de la parole* ; même prof. Une heure. — *Les secours aux blessés.* Même professeur. Une heure.

Conditions d'admission. — Sont admis à l'immatriculation comme *étudiants* dans la Faculté de Médecine : 1° Les personnes qui ont obtenu le certificat de maturité de l'une des sections du Gymnase de Genève ; 2° Les bacheliers ès lettres et les bacheliers ès sciences de l'Université de Genève ; 3° Les personnes qui par des diplômes justifient d'études équivalentes. Le Bureau, sur le préavis de la Faculté, statue sur l'équivalence — N. B. Pour subir les examens fédéraux de médecine et de pharmacie, les candidats doivent produire un certificat de maturité conforme au Règlement fédéral. Peuvent suivre les cours comme *auditeurs*, sans qu'aucun titre soit réclamé pour leur inscription, les personnes âgées de 18 ans accomplis. Les auditeurs ne peuvent pas postuler de grade. Sauf autorisation spéciale du professeur, les cliniques et cours pratiques ne sont accessibles qu'aux personnes qui justifient d'études médicales régulières.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Prix Bizot. — La Faculté de Médecine décernera, en janvier 1902, un prix de *douze cents francs* à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : *Etudes des procédés cliniques d'appréciation de la perméabilité rénale.* — Les mémoires devront être remis au Doyen de la Faculté de Médecine avant le 1er novembre 1901. — *Dispositions relatives à ce prix.* — Sont admis à concourir : *a*) Les étudiants régulièrement immatriculés dans la Faculté de Médecine de Genève ; *b*) Les docteurs diplômés de la Faculté de Médecine de Genève, depuis quatre ans au plus à partir de la publication du programme ; *c*) Les Suisses docteurs diplômés d'une Faculté de Médecine de la Suisse, depuis quatre ans au plus à partir de la publication du programme, ayant subi les examens fédéraux. Les mémoires doivent être manuscrits et rédigés en langue française. Ils porteront une devise qui sera reproduite sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Le prix sera renvoyé à l'année suivante si aucun travail n'est jugé digne de l'obtenir. En cas d'égalité entre deux travaux, le prix pourra être divisé. Le mémoire couronné sera déposé à la Bibliothèque de la ville de Genève. — L'auteur conservera la propriété de son œuvre et aura, par conséquent, le droit d'en prendre copie. Dans le cas où il le publierait, il devra en remettre vingt-cinq exemplaires pour la Bibliothèque et les professeurs de la Faculté. Deux prix Bizot ont eté annoncés par erreur dans le programme du semestre d'été 1899 comme devant être décernés au commencement de 1901. Ces prix ne seront pas décernés.

AUTRES PRIX DE LA FACULTÉ

La Faculté de Médecine décernera, en janvier 1902, un prix de *trois cents francs* au meilleur mémoire qui lui sera présenté. Les travaux destinés au concours devront être remis au Doyen de la Faculté de Médecine avant le 23 octobre 1901. — *Dispositions relatives à ces prix.* — Sont admis à concourir : *a*) Les étudiants en médecine régulièrement immatriculés dans ladite Faculté et qui ont passé leur examen de baccalauréat ès sciences médicales, ou un examen jugé équivalent par la Faculté ; *b*) Les docteurs en médecine de Genève, diplômés depuis un an au plus ; *c*) Les médecins suisses qui ont passé leurs examens fédéraux à Genève depuis un an au plus. Les mémoires peuvent être manuscrits ou imprimés ; ils peuvent être rédigés en français, en allemand ou en italien. Dans le cas où aucun des travaux présentés ne serait jugé digne d'être couronné, le prix ne sera pas décerné.

ECOLE DENTAIRE DE GENÈVE

I. — Cours.

Première année.

Premier semestre (Hiver.)

Physique expérimentale. M. le Pr C. Soret (Faculté des sciences. Quatre heures par semaine. *Chimie inorganique.* M. le Pr C. Graebe Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique.* M. le Pr R. Chodat (Faculté des sciences). Deux heures par semaine. *Physiologie botanique.* M. le Pr Thury (Faculté des sciences. Deux heures par semaine. — *Zoologie et anatomie comparée des animaux invertébrés* M. le Pr Yung (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowsky (Faculté de Médecine). Six heures par semaine.

Deuxième semestre (Été).

Physique expérimentale. M. le Pr C. Soret (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Chimique organique.* M. le Pr Graebe Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique.* M. le Pr R. Chodat (Faculté des sciences). Quatre heures par semaine. — *Anatomie comparée et zoologie des animaux vertebrés* : M. le Pr E. Jung (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr Schiff (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire de chimie analytique.* M. le Pr Duparc Faculté des sciences). Tous les jours.

A la fin du deuxième semestre, examen propédeutique (partie scientifique.

Deuxième année.

Troisième semestre (Hiver.)

Histologie normale. M. le professeur A. Eternod Faculté de médecine. — Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie normale.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr Prévost (Faculte de mé-

decine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie.* M. le Pr Laskowski. Tous les jours. — *Laboratoire d'Embryologie* : M. le Pr Eternod. Tous les jours, sauf le jeudi.

Quatrième semestre (Été).

Histologie normale. M. le Pr A. Eternod (Faculté de médecine). Quatre heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologie de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie pathologique.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie.* Le même professeur, trois heures par semaine. *Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr Prévost (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales.* M. le Pr G. Julliard (Faculté de médecine). Sept heures et demie par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale.* M. le Pr Eternod. Tous les jours, sauf le jeudi.

A la fin du quatrième semestre, examen propédeutique (partie médicale).

Troisième année.

Cinquième semestre (Hiver).

Anatomie et physiologie pathologiques générales. M. le Pr Zahn (Faculté de Médecine). Six heures par semaine. — *Pathologie chirurgicale générale.* M. le Pr J. Reverdin (Faculté de Médecine) Trois heures par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales.* M. le Pr G. Julliard (Faculté de Médecine). Sept heures et demie par semaine. — *Prothèse.* M. E. Métral (Ecole dentaire). Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours après-midi. *Physique, chimie mécanique et métallurgie appliquées à l'art dentaire* : M. le Pr Dussaud. Cours théorique, deux heures ; travaux pratiques ; trois heures par semaine.

Sixième semestre (Été.)

Pathologie chirurgicale. M. le Pr J. Reverdin (Faculté de Médecine). Deux heures par semaine. — *Clinique dentaire.* M. le Pr C. Redard (Ecole dentaire). Neuf heures par semaine — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Hygiène et matière médicale en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Prothese.* M. E. Métral (Ecole dentaire), Travaux pratiques dans nos ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite, métallurgie, procédés divers). Prothèse buccale, restauration faciale et palatine).* — Le même professeur. Une heure par semaine. — *Obturation et aurification.* M. E. Métral. Travaux pratiques tous les jours après midi. *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

Quatrième année.

Septième semestre (Hiver).

Clinique dentaire. M. le Pr C Redard. Neuf heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Hygiène et matières médicales en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Prothèse* M. E. Métral. Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde vulcanite, métallurgie procédés divers .* — *Prothèse buccale (restauration faciale et palatine).* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Obturation et aurification* M. E. Métral. Travaux pratiques, tous les jours après midi. *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

A la fin du septième semestre, examen professionnel.

MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Sont prévenus que tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu : ceux dont il ne nous parviendra qu'un exemplaire seront seulement annoncés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.

Doyen : M. le Pr Stilling.

Semestre d'hiver

M. Brunner, professeur ordinaire. *Chimie inorganique*, 5 heures : *Toxicologie*, 1 heure ; *Travaux au laboratoire de chimie*, 3 après midi. — M. Henri Dufour, professeur ordinaire. *Physique expérimentale* : Physique générale, thermique, acoustique, optique et géométrique, 5 heures. — *Travaux pratiques au laboratoire*, 4 heures. — M. J. Dufour, professeur extraordinaire. *Physiologie végétale*, 1 heure. — M. Wilczek, professeur extraordinaire. *Botanique systématique*, 1re partie : Morphologie, 1 heure. — *Laboratoire de botanique systématique*, un après-midi. — M. Blanc, prof. ord. *Zoologie* : Invertébrés, 5 heures, *Anatomie et physiologie générales*, 3 heures ; *Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée*, 4 heures. — M. Chuard, prof. extr. *Chimie analytique* (volumétrie). 1 heure. — M. Bugnion, prof. ord. *Anatomie descriptive* : Le squelette et les muscles, 4 heures. *Anatomie descriptive* ; Splanchnologie par M. Aug. Roud, chef des travaux anatomiques, 3 heures : *Travaux de dissection* : La salle est ouverte tous les jours de 8 heures du matin à 7 heures du soir (sauf le samedi après-midi et le dimanche. — M. Herzen, prof. ord. *Physiologie* : Les fonctions de nutrition, 6 heures. — M. Lœwenthal, prof. extr. *Histologie* : Partie générale, 2 heures., *Technique histologique*, 1 heure 1 2. — M. Stilling, prof. ord. *Anatomie et physiologie pathologique générales* (pathologie générale). 4 heures. *Cours pratique d'anatomie pathologique* (démonstration et autopsies) 4 heures ; *Travaux de laboratoire*, tous les jours, sauf le samedi après-midi. — M. M. Bourget, prof. ord. *Clinique médicale*, 7 heures 1/2. *Pathologie interne et conférences sur la thérapeutique générale* 2 heures. *Laboratoire de chimie physiologique* (travaux sous la direction du chef de laboratoire), 1 heure. — M. Roux, prof. ord. *Clinique chirurgicale et gynécologique*, 1 heure 1/2 chaque jour. — *Pathologie ext.* Les Extrémités, 3 heures. — M. Rapin, prof. extr. *Clinique obstétricale*, 4 heures 1/2 ; *Obstétrique*, Cours fait par M. Muret, privat docent, 2 h. ; *Opérations obstétricales*, 2 h. — M. Dufour, prof. ord. *Clinique ophtalmologique*, 4 heures. *Ophtalmologie* : Tuniques externes, accidents, lésions, calculs d'incapacité de travail, 1 h. M. Rabow, prof. extr. (M. Strzysowsky, suppléant), *Matière médicale*, 3 heures. — M. Demiéville, prof. extr. *Policlinique*, 3 fois par semaine. — M. Larguier, prof. extr.) ne professe pas ce semestre', *Médecine légale.* — M. Dind, prof. ext. *Affections gonococciques. Maladies cutanées.* Cours théorique avec démonstrations pratiques, 2 heures. — M. L. Secretan prof. extr. *Laryngologie* : Cours pratique, 2 heures. — M. Combe, prof. extr. *Clinique infantile*. 2 heures. M. Galli-Valerio, prof. extr. *Hygiène*, 2 heures. *Cours pratique de parasitologie*, 2 heures. — M. Mahaim, prof. extr. *Clinique psychiatrique*, 2 heures. *Psychiatrie en général*, 1 heure. — M. Perret, prof. extr. *Répétitoire de médecine opératoire*, 3 à 4 h. — M. Eperon, privat-docent. *Policlinique ophtalmologique*, 1 heure. — M. Verrey, privat-docent. *Policlinique ophtalmologique*, 2 heures. — M. G. Rossier, privat-docent. *Examen gynécologique*, cours pratique, 2 h. et 8 h. — M. Berdez, privat-docent. *Electrothérapie et électricité médicale*, 1 heure. — M. M. Muret, privat-docent. *Cours pratique de diagnostic obstétrical au mannequin*, 2 heures. *Diagnostic gynécologique*, cours pratique, 2 heures. Les affections des trompes de Fallope (cours théorique) (gr). 1 heure. — M. Aug. Dufour, privat-docent. *Ophtalmoscopie* (gr.). 1 heure. — M. de la Harpe : *Balnéothérapie*, 1 heure. — M. Vulliet, privat-docent. *Chirurgie spéciale* : Organes génito-urinaires, 1 heure. — M. Treyer, privat-docent. *Pathologie interne*. Les maladies du poumon. — M. Schenk, privat-docent, *Anthropologie générale* Faculté des Sciences gr.), 1 heure.

École de Pharmacie.

M. Brunner, prof. ord., *Chimie inorganique*, 5 heures ; Chimie, pharmaceutique, 2 heures ; Toxicologie, 1 heure ; Série aromatique (suite) (gr., 1 heure ; Travaux au laboratoire de chimie tous les jours, sauf le samedi. — M. Brélaz, prof. extr., *Chimie industrielle*, 2e partie, 3 heures ; Analyses techniques, 2 heures. — M. Chuard, prof. extr., *Chimie analytique* : Volumétrie, 1 h.; Chimie agricole. Chapitres choisis, 2 heures. — M. Bourget, prof. ord., *Chimie physiologique et pathologique*, 1 après-midi. — M. Henri Dufour, prof. ord., *Physique expérimentale*, 5 heures ; Travaux pratiques au laboratoire, une après-midi. — M. J. Dufour, prof. extr., *Physiologie végétale*, 2 heures ; maladies des plantes cultivées, 1 heure. — M. Wilczek, prof. extr., *Morphologie et anatomie végétales*, 3 heures ; Microscopie botanique, 2 heures ; Travaux pratiques de morphologie végétale, 1 après-midi : Botanique pharmaceutique, 2 heures ; Pharmacognosie, 2 heures ; Laboratoire de pharmacognosie, une après-midi. M. Lugeon prof. extraord., *Géologie générale*. 2 heures. — M. Golliez, prof. extr.,

Minéralogie théorique, 4 heures. — M. Blanc, prof. ord., *Zoologie* : Invertébrés, 5 heures ; Anatomie et physiologie générales, 3 heures ; Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée, 4 heures. — M. Galli-Valerio, prof. extr., *Hygiène*, 3 heures ; Parasitologie, 2 heures. — M. Seiler, privat-docent. *Analyse chimique des denrées alimentaires et des boissons*, 2 heures ; Analyse bactériologique générale, avec application à l'examen des denrées et des boissons 2 heures.

Très honoré et cher confrère,

Cette année encore, je n'ai absolument rien d'intéressant ni de nouveau à vous signaler concernant notre Faculté de médecine. Le programme des cours pour le semestre d'hiver 1901-1902, que je vous envoie par le même courrier, vous donnera tous les renseignements susceptibles de vous être utiles, à vous ou à vos lecteurs. Vos jeunes compatriotes, d'ailleurs largement pourvus dans leur pays en ce qui concerne les moyens d'instruction, sont encore très rares dans notre Ecole de médecine, bien que la fréquentation de celle-ci, notamment par les étrangers, soit en progrès constant.

Nous espérons pouvoir inaugurer l'an prochain les nouveaux bâtiments universitaires, édifice somptueux, où les musées, les collections et divers laboratoires seront installés confortablement. De même pour la Policlinique, à laquelle l'Etat de Vaud et la ville ont consacré plus d'un demi-million pour donner à cette institution des locaux convenables, destinés à remplacer ceux actuels, devenus beaucoup trop étroits et insuffisants. Malheureusement, la lenteur des architectes et les difficultés budgétaires sont des maux universels, qui sévissent aussi bien à Lausanne qu'à Paris.

Il a été question de faciliter l'accès des études médicales à un plus grand nombre de jeunes gens, en supprimant l'obligation du certificat littéraire au sein de la Faculté. Cette mesure, très discutée et très discutable, est, cela va sans dire, vue de mauvais œil par les praticiens actuels. L'Association centrale des médecins suisses, dans sa dernière réunion, s'y est déclarée opposée, et a décidé de soumettre la question à une votation générale des médecins de notre pays.

Agréez, très honoré et cher confrère, mes meilleurs compliments.

Votre dévoué,
Dr Eperon.

C. Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUÉBEC.

Doyen : M. Alfr. Simard. — *Secrétaire* : M. A. Marois

Anatomie : M. Arth. Simard et Ahern. — *Physiologie* : M. Alfr. Simard. — *Pathologie générale* : M. Alfr. Simard. — *Pathologie interne* : M. Verge. — *Pathologie externe* : M. Catelier. — *Toxicologie* : M. Vallée. — *Médecine opératoire* : M. Catelier et Arthur Simard. — *Matière médicale* : M. Wells. — *Clinique interne* : M. Vallée. — *Matière médicale, thérapeutique, pharmacie pratique, et clinique interne* : M. Turcot. — *Pathologie interne et maladies nerveuses* : M. Brochu. — *Médecine légale et toxicologie* : M. A. Marois. — *Histologie et Bactériologie théorique* : M. Hamel. — *Clinique chirurgicale* : M. Ahern. — *Maladies des enfants* : M. Verge. — *Clinique chirurgicale* : M. Catelier — *Maladies mentales* : M. Vallée. — *Maladies des vieillards* : M. Haern. — *Gynécologie* : M. Grondin — *Ophtalmologie, Otologie, Rhyno-laryngologie* : M. Coote. *Pédiatrie et Hygiène* : M. Fortier. — *Maladies des yeux et des oreilles* : M. Alfr. Simard. — *Histoire de la Médecine et Déontologie* : M. Vallée. — *Laboratoire de Bactériologie*. M. A. Rousseau. — *Professeur agrégé* ; M. E. Mathieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL

Président et Doyen : J.-P. Rottot. — Secrétaire : L. D. Mignault. Trésorier ; J.-P. Beauchamp.

Pathologie et clinique internes : J.-P. Rottot, Demers, Guérin. — *Physiologie et Electricité médicale* : Duval. — *Anatomie Descriptive* : L-D. Mignault. — *Chimie et toxicologie* : N. Fafard. — *Clinique chirurgicale* : A.-T. Brosseau, W.-H Hingston. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : J.-A.-S. Brunelle. — *Anatomie pratique* : J.-P. Chartrand. — *Hygiène. Déontologie médicale et Histoire de la Médecine*: E. Persillier-Lachapelle. — *Pediatrie et pathologie générale* ; S. Lachapelle. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : L.-E. Desjardin et A. Foucher. — *Clinique obstétricale* : A. Dagenais et J.-B. A. Lamarche. — *Jurisprudence médicale et de maladies mentales* ; L.-B. Durocher.

Agrégés en Exercice. — *Gynécologie* : M. Th. Brennan. — *Matière médicale* : H. Hervieux. — *Médecine légale et Maladies mentales* : Villeneuve. — *Obstétrique* : De Cotret. — *Démonstrateurs d'anatomie* : Delorme, Fortier, Moreau, Rivet. — *Histologie* : Marien. — *Bactériologie et Anatomie pathologique* : Parizeau. — *Pathologie interne* : Benoit. — Assistants : *Clinique chirurgicale* : O. Mercier, Mérill, Ethier. — *Clinique interne* : Chéroux, Marselais, Gautier, Dubé, Hébert, Lesage. — *Gynécologie* : Harwood. — *Pédiatrie* : Cormier. — *Dermatologie* : Valin : *Neurologie* : Chagnon. — *Ophtalmologie* : Duhamel. — Démonstrateurs. — *Bactériologie et Anatomie pathologique* : Bernier. — *Anatomie* : Virolle. — *Histologie* : S. Boucher.

La Faculté de Médecine à Montréal songe sérieusement à faire venir de France un professeur pour occuper la chaire d'anatomie pathologique, professeur qui recevrait ses émoluments d'un fonds spécial créé à cet effet par souscription. Le projet est dès maintenant à l'étude, et un certain nombre de médecins canadiens ont garanti, le cas échéant, une somme de 10.000 francs.

Les élèves de Québec et de Montréal doivent subir leurs examens en présence des représentants du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec pour obtenir leur licence ou patente de pratique.

D. Turquie d'Asie

FACULTÉ FRANÇAISE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH (TURQUIE D'ASIE)

Année scolaire 1901-1902

Distribution des cours. — Chaires.

Chancelier : P. Cattin

Anatomie, Physiologie et Histologie : M. Nègre. — *Clinique et pathologie internes* : M. de Brun. — *Clinique et pathologie externes* : M Hache. — *Thérapeutique, hygiène et médecine légale* : M. La Bonnardière. — *Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie* : M. Rouvier. — *Matière médicale et Pharmacie* : M. Guigues. — *Chimie médicale* : M Soulerin. — *Histoire naturelle et Bactériologie* : M. Bouloumoy. — *Physique médicale* : M. Collangettes. — *Ophtalmologie* : M. Chacker-Khoury, *chargé de cours*.

Le Gouvernement ottoman a reconnu officiellement l'existence de la Faculté et les examens du doctorat vont être soutenus en novembre, devant un jury mixte composé de trois membres appartenant aux Facultés de l'Etat de France, de trois membres appartenant à l'Ecole de médecine de Constantinople, enfin, des professeurs de la Faculté de Beyrouth. Le Pr Cornil, le Pr Mayet (de Lyon), et le Dr Walther ont été désignés pour faire partie du jury représentant les Facultés françaises. Le nombre des élèves allant toujours croissant (ils étaient environ 140, l'année dernière), la Faculté a acheté un terrain de plus de 3 hectares sur l'emplacement duquel elle va construire une nouvelle Faculté.

Cliniques

Clinique médicale : M. de Brun (3 fois par semaines). — *Clinique chirurgicale* : M. Hache (3 fois par semaine). — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. Rouvier (3 fois par semaine). — *Polyclinique* : M. Boyer (3 fois par semaine). — *Clinique ophtalmologique* : M. Chacker-Khoury (1 fois par semaine).

Le Numéro des Étudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Nous signalons à nos lecteurs l'**Educational Number** du *British Medical Journal* (août) et **The Student's Number** de *The Lancet* (septembre), qui contiennent tous les renseignements relatifs à l'enseignement de la médecine en Angleterre, en Ecosse et en Irlande.

FACULTÉS DE MÉDECINE ROUMAINES

La Roumanie possède actuellement deux facultés de médecine complètes, dont l'une à Bucarest, l'autre à Jassy. A la Faculté de Bucarest se trouve l'école de pharmacie. Les cours, les programmes, etc., sont exactement pareils aux cours, programmes, examens, thèses, etc., des facultés françaises, et plus spécialement de la faculté de médecine de Paris. Ci-joint le corps enseignant des deux facultés, dont les professeurs sont nommés après concours.

Faculté de Médecine de Bucharest.

Doyen : M. le Professeur N. Maldaresco

Anatomie : M. Paul Pétrini, professeur. — *Anatomie pathologique* : M. V. Babès, professeur. — *Pathologie externe* : M. Gr. Romniceano, professeur. — *Cliniques chirurgicales* : M. Thomas Jonesco, M. C. Severeano, professeurs. — *Physiologie* : M. N. Polesco, professeur.— *Chimie médicale* : M. N. Atanasesco, professeur. — *Cliniques médicales* : MM. N. Kalindero, C. Stoicesco, Ch. Bronicli, professeurs. — *Pathologie générale* : M. J. Theodori, professeur. — *Médecine légale* : M. M. Minovici, professeur. — *Médecine opératoire* : M. J. Demosten, professeur. — *Histologie* : M. A. Obregia, professeur. — *Clinique obstétricale* : M. J. Draghiesco, professeur. — *Histoire naturelle* : M. N. Grecesco, professeur. — *Clinique infantile* : M. N. Fomesco, professeur. — *Physique médicale* : M. N., professeur. — *Maladies mentales* : M. A. Sutzu, professeur. — *Maladies nerveuses*. M. G. Marinesco, professeur. — *Pharmacologie* : M. N. Maldaresco, professeur. — *Thérapeutique* : M. Z. Petresco, professeur. — *Hygiène* : M. J. Félix, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. N. Manolesco, professeur. — *Pathologie interne* : M. J. Thomas Tomesco, professeur. — *Clinique dermato-syphilitique* : M. Pétrini-Galatz, professeur. — *Secrétaire de la Faculté* : M. Lucas Jonesco.

Faculté de médecine de Jassy.

*Doyen : M. le P*r Georges Bogdan.

Anatomie : M. A. Péride, professeur. — *Anatomie pathologique* : M. V. Négel, professeur. — *Pathologie chirurgicale* : M. C. Bottez, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. L. Scouli, professeur. — *Physiologie* : M. G. Socor, professeur. — *Chimie médicale* : M. C. Riegler, professeur. — *Clinique médicale* : M. L. Russ, professeur. — *Pathologie générale* : M. G. Thiron, professeur. — *Médecine légale* : M. G. Bogdan, professeur. — *Médecine opératoire* : M. Z. Samfiresco, professeur. — *Histologie* : M. E. Puscariu, professeur. — *Clinique obstétricale* : M. V. Bejan, professeur. — *Histoire naturelle* ; M. N. Léon, professeur. — *Anatomie topographique* ; M. E. Juvara, professeur. — *Clinique infantile* : M. M. Manicatide, professeur. — *Physique médicale* : M. J. Stravolco, professeur. — *Maladies mentales* : M. A. Braesco (suppléant). — *Pharmacologie* : M. A. Gavrilesco, professeur. — *Bactériologie* : M. V. Roscullt, professeur.— *Hygiène* : M. V. Sion, professeur.— *Clinique ophtalmologique* : M. Socor, professeur. — *Pathologie interne* : M. S. Possa, professeur. — *Clinique dermato-syphilitique* : N. professeur. — *Secrétaire de la Faculté* : M. Gavrilesco.

Enseignement des maladies mentales.

Nous croyons devoir reproduire les renseignements suivants qui complètent ceux que nous avons donnés dans le *Bulletin*.

Faculté de médecine de Montpellier

Montpellier, le 29 octobre 1901.

Mon cher Directeur,

Vous voulez bien me demander une note détaillée sur mon enseignement clinique, les conditions de cet enseignement et l'intérêt qu'il y aurait à ce que chaque étudiant fasse un stage dans un service de psychiatrie et soit soumis à un examen roulant sur cette dernière science. Je m'empresse de déférer à votre désir.

La clinique psychiatrique de Montpellier comprend l'ensemble du quartier d'hospice qui sert actuellement d'asile public d'aliénés au département de l'Hérault. Dans trois ou quatre ans, elle sera transférée dans un nouvel asile départemental, situé aux portes de la ville, dans le rayon de nos autres hôpitaux, et actuellement en voie de construction. Cet asile, vous en connaissez la disposition, puisque vous avez été appelé à vous prononcer sur les projets architecturaux auxquels a donné lieu le concours ouvert par le Conseil général à cet effet (1).

La clinique renferme plus de sept cents malades (403 hommes et 304 femmes et le mouvement des entrées a été dans l'année 1900, par exemple, de 205). C'est là, vous le voyez, un foyer clinique des plus importants qui fournit en abondance des observations non seulement pour l'enseignement, mais encore pour toute espèce de recherches scientifiques. Au service hospitalier sont annexés des laboratoires, les uns réservés à l'expérimentation sur les animaux, les autres à des recherches de chimie biologique et de physique biologique, les autres encore à l'anatomie pathologique et à la photographie. Tel est le milieu dans lequel fonctionne l'enseignement de la psychiatrie.

Cet enseignement est assuré officiellement par le professeur et un seul assistant, le chef de clinique. C'est là un personnel par trop restreint, du moins si l'on veut demander à la clinique psychiatrique tous les résultats qu'elle peut et que, à mon sens, elle doit donner. Toutefois, je me hâte de le dire, officieusement, j'ai un autre assistant : le médecin adjoint, dont le concours m'est on ne peut plus précieux. Trois internes sont, en outre, attachés à la clinique.

A Montpellier, l'enseignement psychiatrique s'adresse à peu près exclusivement à des étudiants. Ceux-ci sont de deux ordres : stagiaires et bénévoles ; ces derniers sont en très grande majorité des étudiants en médecine. Mon enseignement doit donc s'adapter à mon auditoire, composé de jeunes gens, futurs praticiens qui viennent me demander de leur apprendre à reconnaître, à traiter et à prendre toute détermination légale relativement à l'aliéné. Voici comment je le comprends.

Pendant le premier trimestre de l'année, mon médecin adjoint et mon chef de clinique sont plus particulièrement chargés de l'enseignement théorique de l'aliénation mentale et des grandes névroses ; ils enseignent, en particulier, les différentes formes de la folie et insistent surtout sur le côté séméiologique.

Je vivifie ensuite cet enseignement théorique par un enseignement clinique, en présentant une série de malades atteints des différentes formes ou genres de névroses qui viennent d'être décrites et réalisant les diverses phases que peut suivre l'évolution de la maladie. J'insiste surtout sur les *phases de début qui sont celles qui intéressent le plus le praticien* et sur la manière dont celui-ci doit se comporter dans tel ou tel cas, au point de vue du milieu dans lequel doit être placé l'aliéné pour être soigné et du traitement à lui faire suivre. Naturellement, ce n'est qu'une étude générale qui peut être ainsi faite, mais elle donne à l'étudiant une connaissance suffisante des grandes lignes de la psychiatrie.

Cette base indispensable acquise, je modifie alors mon enseignement dans le reste de l'année. Mais tout d'abord je dois dire que je consacre à la clinique trois séances de chacune trois heures par semaine. Je réserve une de ces séances exclusivement à la visite des différents quartiers de l'asile et fais ce que l'on appelle communément une clinique au lit du malade.

Les deux autres séances ont lieu en partie à la salle de conférences, en partie dans le service. L'enseignement à la salle de conférences comprend généralement deux parties. Dans la première, j'envisage telle question spéciale afférente au délire, ou plus souvent quelque question de pathologie générale dans ses rapports avec les maladies du système nerveux et plus particulièrement avec l'aliénation mentale : Hérédité, maladies par déviation de la nutrition, intoxications, infections, rapport des autres organes avec le cerveau, etc. La psychiatrie a été si longtemps une science, pour ainsi dire, à part, que les étudiants ont presque de la tendance à la regarder comme extra-médicale et ce n'est qu'en la voyant obéir, comme toutes les autres branches de la médecine, aux lois ordinaires de la pathologie que leurs idées se modifient. D'ailleurs, la nécessité d'un semblable enseignement s'impose ; la pathologie générale est une source vive d'où émergent des indications diagnostiques et thérapeutiques de la plus haute importance.

La seconde partie de mes conférences est consacrée à l'examen des entrants. Je les examine devant les élèves, je discute le diagnostic, j'insiste sur les particularités d'ordre psychique ou autres qu'ils présentent, j'établis le pronostic et, dégageant les indications, j'institue le traitement. L'élève connaissant alors le malade s'intéresse à l'évolution de sa maladie et la suit. Naturellement, quand je me trouve en présence de quelque aliéné criminel, je l'étudie plus spécialement au point de vue médico-légal.

(1) Voir : *Compte-rendu de Bicêtre* pour 1897, *Rapport sur les projets de construction de l'asile d'aliénés* de l'Hérault, par MM. Bourneville, Guadet et Raulin.

Enfin, la troisième partie de mes conférences se fait dans le service même, où je m'attache à mettre en relief, en en appelant directement aux malades, tel ou tel point que je n'avais pu fixer que théoriquement dans la leçon à l'amphithéâtre.

Jusqu'il y a trois ou quatre ans, tout, dans mon enseignement, avait convergé exclusivement vers le côté médical et m'adressant, comme je le disais tout à l'heure, à de futurs praticiens, je m'attachais tout particulièrement au côté pratique, laissant dans l'ombre toute discussion psychologique ou autre. Depuis lors, j'ai dû élargir le cercle de mon enseignement et cela pour deux raisons :

D'abord, me sont venus des étudiants autres que les étudiants en médecine, des élèves de la faculté des lettres, qui ont réclamé de moi un enseignement psycho-physiologique plus fouillé, plus complet que celui dont avaient besoin nos étudiants en médecine. En second lieu, la constitution des Universités m'a créé, ce me semble, de nouveaux devoirs. Si on veut qu'un mot ne remplace pas simplement un autre mot, il me paraît falloir que les enseignements des différentes facultés se pénètrent de plus en plus. Certes, il restera toujours des enseignements propres à telle ou telle d'entre elles, mais il en est d'autres qui doivent, à mon avis, s'adresser aux étudiants de diverses facultés, c'est-à-dire qu'à côté des enseignements de facultés, il en est d'universitaires. Parmi ces derniers, celui de la psychiatrie me semble venir en première ligne.

Prenez, par exemple, un étudiant en philosophie de la faculté des lettres ; il me paraît difficile, sinon impossible, dans l'état actuel de la science psychologique, que cet étudiant ne connaisse pas la psychiatrie. Ce serait se priver de matériaux par trop précieux pour élucider nombre de questions. Je suis convaincu que les Ribot, les Georges Dumas, les Janet, pour ne citer que quelques noms parmi les psycho-physiologistes actuels, ne me démentiront pas.

D'un autre côté, il est certain que l'étudiant en droit, futur magistrat ou avocat, qui aura si souvent affaire dans sa carrière au dément pour me servir du terme légal, ne peut que gagner à connaître sinon l'aliénation mentale, du moins l'aliéné. Que de déments méconnus ne le seraient plus, que de préjugés tomberaient et quelle influence aurait cette connaissance sur une évolution heureuse de ses idées relativement à la pénalité ! Or, cette connaissance, seul, un service de clinique des maladies mentales peut la lui donner.

Dans une université, le rôle de la psychiatrie s'élargit donc, et sans quitter le solide domaine de la biologie, tout en restant exclusivement médical, peut et doit être envisagé à certains égards dans un sens un peu différent de celui sur lequel je l'avais envisagé jusqu'à présent, afin qu'elle puisse être utile au plus grand nombre possible. C'est dans cet esprit que je me propose d'étudier, cette année même, je l'espère, la médecine légale des aliénés. Au lieu de suivre les anciens errements et de reléguer la responsabilité parmi les vieilles antiennes, j'essayerai, au contraire, de partir de cette responsabilité, envisagée au point de vue biologique, bien entendu, pour établir l'irresponsabilité et la responsabilité atténuée. Le médecin ne pourra qu'y gagner, ses bases d'appréciation deviendront solides, le philosophe et le juriste pourront y trouver aussi leur compte. Voilà, mon cher Directeur, comment je comprends et pratique l'enseignement de la psychiatrie.

Quant au côté scientifique, aux recherches d'ordre expérimental ou autres afférentes au fonctionnement du système nerveux, j'y apporte la plus grande attention. Mais c'est dans cette direction que se fait surtout sentir pour moi le trop petit nombre de mes collaborateurs. A la synthèse toute faite d'autrefois, la psycho-physiologie moderne a substitué l'étude analytique, et va du simple au composé, de sorte que des recherches, d'ordres divers chimique, physique, anatomo-pathologique, etc., sont devenues nécessaires. Par suite aussi sont devenus nécessaires des collaborateurs travaillant dans ces directions ; et à cet égard je me trouve dans une situation défectueuse et obligé souvent d'abandonner la poursuite de questions du plus haut intérêt ; je voudrais espérer que, lorsque la clinique sera transportée au nouvel asile et installée dans des locaux spacieux, cet état de choses cessera. Cependant, malgré ses imperfections, la clinique est un foyer scientifique actif ; depuis que j'en suis chargé, elle a fourni des candidats à chaque concours d'agrégation et parmi eux il en est qui sont actuellement professeurs, voire même doyens.

Reste la question du *stage* et d'un *examen*. Nous avons à Montpellier résolu la *question du stage*, en ce sens que les étudiants font leur stage à la clinique psychiatrique comme dans les autres cliniques. Seulement ce stage n'est pas obligatoire, s'inscrit qui veut, nous laissons nos élèves libres de choisir le service qu'ils préfèrent, l'administration ne se réservant qu'une répartition équitable. Devrait-on aller plus loin ? Pour mon compte, je n'en sens pas la nécessité : les élèves qui font toutes leurs études sans passer par la clinique psychiatrique sont la minorité et cette minorité se réduirait encore, si, comme il me paraît juste et nécessaire, la psychiatrie était obligatoirement demandée aux examens.

Au sujet d'une *épreuve probatoire de psychiatrie*, il n'y a, en effet, pas d'hésitation dans mon esprit. Tous les docteurs sont susceptibles d'être appelés de par la loi à se prononcer, soit sur l'internement d'un aliéné, soit sur l'état mental d'un prévenu suspecté être atteint de démence, ou d'un individu pour lequel on réclame, par exemple, l'interdiction, c'est-à-dire à se prononcer sur la question la plus grave qui puisse intéresser l'homme, la liberté. Par suite, le simple bon sens oblige, ce me semble, que ce docteur ait au moins fait la preuve pendant sa scolarité, par un acte probatoire, qu'il possède les connaissances suffisantes pour être apte à résoudre une question de cette importance.

Cependant, je ne demanderais pas un examen spécial, je demanderais simplement que le 4e comprenne, comme d'autres examens, une partie pratique et une partie théorique. Dans la première, entrerait l'examen d'un dément que l'élève aurait à envisager au double point de vue de la médecine générale et de la médecine légale.

Heureusement, mon cher Directeur, vous me demandez une note détaillée, c'est mon excuse d'avoir été si prolixe et je vous envoie mes meilleures amitiés.

MAIRET.

L'enseignement de la psychiatrie en Hongrie, par SALGO.

Les maladies mentales ont, en général, un long stade prodromique qu'il importe de ne pas méconnaître. Les résultats thérapeutiques seraient, en psychiatrie, notablement plus satisfaisants, si on savait reconnaître la signification de certains symptômes. Il est nécessaire, par suite, que le médecin patricien possède certaines notions de psychiatrie qui lui permettent de s'orienter, de saisir la signification de certaines manifestations psychiques, et d'en prévoir les conséquences. Les soins donnés au début de la maladie, les mesures prises, peuvent avoir une influence décisive sur l'avenir des malades, et empêcher de graves complications. Pour atteindre ce but, il faut que l'enseignement et l'étude soient mieux organisés qu'actuellement. Il est à désirer que le Congrès national exprime les vœux :

1° Que l'étude de la psychiatrie soit obligatoire pour tous les étudiants ; que ceux-ci aient à subir un examen spécial portant sur cette branche de la pathologie.

2° Tout médecin sollicitant une fonction officielle doit posséder une instruction psychiatrique : il devra avoir accompli un service de 6 mois, au moins, dans un asile d'aliénés.

Au cours de la discussion qui suit la proposition qui précède, M. Laufenauer appuie les vœux exprimés par M. Salgo. Il montre l'insuffisance de l'enseignement psychiatrique actuel. Il réclame un stage de 6 mois pour le médecin praticien. Les médecins experts devront subir un examen psychiatrique spécial.

(*Psych. Wochens.*, 1er déc. 1900). Congrès de Budapest. P. S.

Note sur l'enseignement de la psychiatrie en Suisse.

Pour pouvoir passer les examens fédéraux de médecine en Suisse, il faut avoir suivi un cours pratique en psychiatrie. La plupart des étudiants fréquentent encore une série de leçons théoriques sur cette branche de la médecine. Les cours et les leçons sont données par les professeurs en psychiatrie, qui sont en même temps directeurs des asiles-cliniques des aliénés. Voilà leurs noms :

Bâle............	M. le professeur	Wille
Berne...........	—	Von Speyer
Genève..........	—	Weber
Lausanne.	—	Mahraim
Zürich...........	—	Bleuler

Le cours pratique dure un semestre, et il y a deux séances par semaine de une heure et demie chacune. Dans ce cours, des aliénés sont présentés et sont examinés par un étudiant sous la direction du professeur.

Le cours théorique dure de même un semestre, une séance de deux heures par semaine. Outre cela, il y a des leçons non obligatoires de psychiatrie légale à Berne, à Bâle et à Zurich, données par M. le professeur Wille, M. le professeur von Speyer et le soussigné.

L'*examen de psychiatrie* consiste en une conférence de la durée de 30 minutes ; l'examen de médecine légale s'étend aussi sur la psychiatrie. Chacun des candidats doit donner un rapport, écrit sur un cas médico-légal. La moitié de ces cas sont fournis par le professeur de psychiatrie. Par la voie du tirage au sort

les candidats reçoivent ces cas et ils doivent examiner les malades respectifs dans l'asile et achever leurs rapports dans le delai des 48 heures suivantes. D. L. V. Muralt.

Les devoirs de l'Etat au point de vue de la psychiatrie.

Par Kræpelin. (Iéna, Fischer 1900).

M. Kræpelin considère que l'Etat a, au point de vue psychiâtrique, les devoirs suivants à remplir.

Une place devrait être réservée parmi les fonctionnaires des administrations centrales à un médecin aliéniste qui pourrait ainsi renseigner ses collègues sur toutes les questions intéressant l'assistance des aliénés. Ce médecin, dont les fonctions se rapprocheraient de celles de nos inspecteurs généraux des asiles, ferait partie d'une commission de surveillance des aliénés.

L'État n'a pas seulement à s'occuper de l'assistance des aliénés, mais encore de la prophylaxie des maladies mentales. Le devoir lui incombe en conséquence de combattre énergiquement l'alcoolisme et la syphilis qui sont les facteurs les plus puissants des maladies du cerveau. Parmi les troubles psychiques, il n'en est guère de plus dangereux que l'ivresse : aussi l'Etat doit-il prévenir par tous les moyens possibles le développement de cette forme de folie et le pouvoir législatif doit lui fournir les armes nécessaires.

Au point de vue de l'assistance des aliénés, il est indispensable de supprimer tous les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, que ces établissements appartiennent ou non à des religieux. L'assistance à des épileptiques, des idiots, des buveurs (qui est particulièrement entre les mains de pasteurs) doit revenir aux médecins, puisqu'en somme il s'agit de thérapeutique.

Les maisons de santé privées destinées aux malades de la classe aisée peuvent être conservées. Mais on doit exiger des garanties plus sérieuses, non pas en renforçant la surveillance de ces établissements, mais par un choix plus scrupuleux de leurs directeurs. C'est à tort que dans divers Etats allemands on autorise n'importe quel médecin à tenir un établissement privé. En Prusse, on exige du médecin qui sollicite l'autorisation, un stage de 2 ans dans un asile d'aliénés. C'est notoirement insuffisant. *Pour arriver Directeur d'un asile public, il faut avoir 12 ou 14 ans de services et avoir donné des preuves de capacité et de compétence*, tandis que pour diriger un établissement privé (tâche très délicate) on n'exige du postulant aucune garantie.

Les asiles publics souffrent de l'encombrement. Les grandes villes qui n'ont souvent pour l'hospitalisation immédiate de leurs aliénés que quelques cellules, devraient posséder des asiles urbains pour le traitement sans retard des cas aigus. Elles bénéficieraient ainsi en outre de la présence des médecins aliénistes compétents.

Pour ce qui concerne la législation des aliénés, il importe de régler leur situation au point de vue pénal et civil, (intervention de la magistrature), de mettre la Société à l'abri des aliénés dangereux et de protéger les citoyens contre des internements non justifiés. Les détenus devenus aliénés doivent être traités, non dans les établissements de détention, mais dans un asile. Pour prévenir les internements arbitraires, il faut exiger la responsabilité et la compétence des médecins aliénistes des asiles qui d'ailleurs se contrôlent réciproquement et sont désintéressés dans la question. Dans les établissements privés, le Directeur sera responsable. Il faut se garder par contre d'augmenter les formalités des placements : il arrive souvent qu'on garde des aliénés durant des semaines dans des cabanons d'hospice ou des maisons d'arrêt, sans aucune formalité et sans que personne parle d'internement arbitraire. Ne vaudrait-il pas mieux que ces sujets soient, grâce à la simplification des formalités, placés sans retard dans un asile ?

Dans les cas de réclamation de malades contre leur maintien à l'asile, il faut avoir recours à l'intervention de l'administration (commission de surveillance) qui s'entourera des renseignements de nature à l'éclairer, fera une enquête sur les faits qui ont motivé le placement. *Les cours de perfectionnement récemment organisés en Prusse, aux frais de l'Etat* aideront les médecins fonctionnaires (*Physikus*) à acquérir les connaissances nécessaires en maladies mentales. Au point de vue de la science psychiatrique, l'Etat a aussi des devoirs à remplir : création, dans toutes les Universités, de cliniques autonomes, n'ayant d'autre objectif que l'enseignement et les progrès de la science.

P. S.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année scolaire 1901-1902.

Les Cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant à partir du 1er novembre 1901.

Cours.

Physique biologique : M. Gariel. Application de la méthode graphique aux sciences biologiques. Notions de mécanique animale. La chaleur en physiologie et en médecine. Des actions moléculaires ; applications physiologiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté.

Anatomie : M. Farabeuf. Parties sus-diaphragmatiques du corps humain. (Cavités de la face, bouche, pharynx, œsophage, larynx, trachée, poumons, plèvre, cœur, gros vaisseaux du cou et du membre supérieur, etc). Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., grand amphithéâtre de la Faculté. — *Histologie* : M. Mathias-Duval. Les épithéliums et les glandes en général, la peau et ses glandes, les muqueuses et leurs glandes, l'estomac, le pancréas, le foie et le rein. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., grand amphithéâtre de la Faculté. — *Physiologie* : M. Richet. Système nerveux. Nutrition. Respiration. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h., grand amphithéâtre de l'école pratique. — *Pathologie chirurgicale* : M. Lannelongue. Maladies chirurgicales de l'abdomen. Appendicites en particulier. De la radiographie en chirurgie. Quelques tuberculoses. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h., amphithéâtre du laboratoire de pathologie chirurgicale (École pratique). — *Pathologie médicale* : M. Hutinel. Maladies des glandes vasculaires sanguines et maladies de la nutrition. Mardi, jeudi, samedi, à 3 h., grand amphithéâtre de la Faculté. — *Pathologie expérimentale et comparée* : M. Chantemesse. Pathologie générale expérimentale. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale, à l'école pratique. — *Anatomie pathologique* (fondation Dupuytren) : M. Cornil. L'appareil respiratoire (larynx, poumon, plèvre) et l'appareil circulatoire (cœur, vaisseaux). Lundi, vendredi, à 8 h., petit amphithéâtre de la Faculté, mercredi, à 2 h., à l'école pratique. — *Thérapeutique* : M. N... — *Pharmacologie et matière médicale* : M. Pouchet, Étude des modificateurs du système nerveux périphérique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., amphithéâtre de pharmacologie à la Faculté. — *Conférences de Médecine légale* : M. Brouardel. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h., à la Morgue.

Cliniques

Visite des malades tous les matins.

Cliniques médicales : M. Hayem. Mardi, samedi, à 10 h. à l'hôpital Saint Antoine ; M. Dieulafoy. Mercredi, samedi, à 10 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu ; M. Debove. Mardi, samedi, à 10 h. à l'hôpital Beaujon ; M. Landouzy, à l'hôpital Laennec. — *Cliniques chirurgicales* ; M. Duplay. M. N., agrégé chargé de cours. Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu ; M. Le Dentu. Mardi, vendredi, à 9 1/2, à l'hôpital Necker ; M. Tillaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. à la Charité ; M. Terrier, ; Mardi, vendredi, à 9 h. à la Pitié : — *Clinique de Pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. Joffroy. Lundi, vendredi, à 2 h. 1/2, à l'asile Sainte-Anne. — *Clinique des maladies des enfants* : M. Grancher, (M. Méry, agrégé chargé de cours). Mardi, vendredi, à 10 h. à l'hôpital des Enfants-Malades. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Fournier. Mardi, vendredi, à 10 h. à l'hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Raymond. Mardi, vendredi, à la Salpêtrière. — *Clinique ophtalmologique* : M. de Lapersonne, à l'Hôtel-Dieu — *Cliniques des maladies des voies urinaires* : M. Guyon. Mercredi, samedi, à 9 h. à l'hôpital Necker. — *Clinique d'accouchements* : M. Pinard. Lundi, vendredi, à 10 h. à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port Royal : M. Budin. Mardi, samedi, à 9 h. à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas. — *Clinique gynécologique* fondation de la ville de Paris : M. Pozzi. Lundi, vendredi à 10 h. hôpital Broca. — *Clinique chirurgicale infantile* fon-

dation de la ville de Paris) : M. Kirmisson. Mardi, samedi, à 10 h. hôpital Trousseau (nouveau).

Conférences.

Chimie biologique : M. Chassevant, agrégé. Principes constitutifs des tissus, humeurs et excrétions animales. Tissus musculaire, conjonctif, nerveux et glandulaire. Mardi, jeudi, samedi à 4 h. amphithéâtre de physique et de chimie. — *Anatomie.* (Cours du chef des travaux) : M. Rieffel, agrégé des travaux anatomiques. Anatomie descriptive et topographique de l'abdomen et du bassin. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. grand amphithéâtre de l'école pratique. — *Pathologie générale élémentaire* : M. Thiroloix, agrégé. Processus pathogéniques généraux. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h., petit amphithéâtre de la Faculté. — *Histoire naturelle médicale* : M. Guiart, agrégé. Animaux parasites et maladies qu'ils déterminent. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. au laboratoire d'histoire naturelle. — *Pathologie interne* : M. Achard, agrégé. Maladies du foie et des reins. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., grand amphithéâtre de l'école pratique. — *Pathologie externe* : M. Walther, agrégé. Maladies chirurgicales des tissus. Tumeurs. Maladies des membres. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h., grand amphithéâtre de la Faculté. — *Hygiène* : M. Wurtz, agrégé. Conférences pratiques d'hygiène. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h., au laboratoire d'hygiène. — *Obstétrique* : M. Démelin, agrégé. Grossesse et accouchement physiologiques. Pathologie de la grossesse. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., petit amphithéâtre de la Faculté. — *Maladies de la peau* : M. Jeanselme, agrégé. Dermatoses. Dimanche à 10 h. 1/4, à l'hôpital Saint-Louis.

Travaux pratiques.

Dissection : M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques. Dissection. Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. Tous les jours, de 1 h. à 3 h., à l'école pratique. — *Anatomie pathologique* : M. Brault, chef des travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique. Conférences et démonstrations. Tous les jours, de 1 h. à 3 h., a l'École pratique. — *Parasitologie* : M. Guiart, agrégé, chef des travaux. Parasitologie. Conférences et démonstrations. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 à 3 h., à l'École pratique.

Semestre d'hiver. Division des études.

Nouveau régime (Décret du 31 juillet 1893).

1re *année* : Anatomie. — Histologie. — Physiologie. — Chimie biologique. — Physique biologique. — Pathologie générale élémentaire (propédeutique). Travaux pratiques obligatoires : dissection.

2e *année* : Anatomie. — Histologie. — Physiologie. — Pathologie externe. — Pathologie interne. — Cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, dissection.

3e *année* : Pathologie externe. — Pathologie interne. — Pathologie expérimentale et comparée. — Accouchements. — Anatomie pathologique. — Histoire naturelle médicale (parasitologie). — Clinique médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique (parasites animaux et végétaux).

4e *année* : Thérapeutique, — Hygiène. — Médecine légale. — Pharmacologie. — Matière médicale botanique. — Cliniques médicale et chirurgicale. — Cliniques spéciales. — Clinique obstétricale. — Chimie et physique appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique. — Histoire de la médecine et de la chirurgie. Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

5e *année* : Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Tableau des Theses du 11 au 16 novembre 1901.

MM. Lelong. De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique. — Lassallas. Contribution a l'étude de l'amputation suscondylienne de la cuisse par la méthode ostéoplaptique fémoro-rotulienne de Gritti. — Radafine. Etude sur l'alcoolisme a Madagascar avant la conquete française. — Pied. La Sicile. Etudes climatologiques et médicales. — Vagner. Première pratique médicale de la loi sur les accidents du travail (Jurisprudence, statistique). — Blanchet. Contribution à l'étude des névroses intestinales. — Caraes. La phlébite des membres ; complication de l'infection blennorrhagique. — Farcy. Etude sur le purpura secondaire. — Hervy. Contribution à l'étude des foyers inflammatoires juxta-articulaires du genou. — Forestier. Contribution à l'étude de l'anteflexion congénitale de l'utérus. — De son traitement par la dilatation et le curettage.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 11. — 2e *de Doctorat* : MM. Retterer, Gley, Broca (André). — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Mauclaire, Delens. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (2e *série*) : MM. Kirmisson, Jalaguier, Walther. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Bezançon, Legry.

Mardi 12. — 2e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral : MM. Mathias-Duval, Gley, Launois. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Charrin, Thiroloix. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral : MM. Berger, Schwartz, Bonnaire. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) : MM. Pozzi, de Lapersonne, Quenu. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*), 1re *serie*) : MM. Proust, Achard, Renon. — 5e *de Doctorat* (1e *partie*), (4e *série*) : MM. Chantemesse, Dupré, Jeanselme.

Mercredi 13. — Médecine opératoire : MM. Lannelongue, Poirier, Legueu. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Ch. Richet, Jalaguier, Retterer. — 3e Oral (1re *partie*) : MM. Reclus, Cunéo, Potocki.

Jeudi 14. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Thiery, Langlois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral : MM. Budin, Pozzi, Schwartz. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Méry, Charrin, Vaquez. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Raymond, Chantemesse, Renon. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Thoinot, Richaud.

Vendredi 15. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (2e *série*) : MM. Tillaux, Reclus, Walther. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (2e *série*) : MM. Mauclaire, Delens, Broca (Aug.). — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Brissaud, Netter, Gaucher. — 5e Obstétrique (1re *partie*) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 16. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Cornil, Goujet, Guiart. — 2e MM. Remy, Langlois, Desgrez. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*), (1re *série*) : MM. Debove, Achard, Thiroloix. — 5e *de Doctorat* (1e *partie*), (2e *série*) : MM. Raymond, Widal, Méry. — 5e Obstétrique (1re *partie*) : MM. Budin, Potocki, Demelin.

OUVERTURE DES COURS

Faculté de médecine. — *Laryngologie, Rhinologie et Otologie.* — 1° Cours : M. le Dr Castex, chargé de cours complémentaire reprendra ses leçons, à *l'Amphithéâtre Cruveilhier* (Ecole pratique), le mardi 5 Novembre 1901, à 3 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit. — 2° Exercices pratiques, sous la direction de M. le Dr Castex, assisté de MM. les Drs Collinet, Rabé et Guisez, anciens internes des hôpitaux.

Les exercices pratiques ont lieu toute l'année, sans interruption. *Examen et traitement des malades*, tous les jours, de 3 heures à 5 heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 1, les lundis, mardis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Hopital des enfants-malades. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 4 novembre 1901, à 9 heures du matin (Hopital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Seront admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures. Les élèves seront classés par série de vingt et pour une période de un mois. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité). M. le docteur Deguy, chef du laboratoire, et M. B. Weill, interne du service, dirigent les travaux pratiques.

Cours de clinique chirurgicale. — Professeur : M. S. Duplay. — Hôtel-Dieu, M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, commence-

ra le Cours de Clinique chirurgicale, le mardi 12 novembre 1901 à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : lundi : Visite salle Saint-Landry. — Examen des nouveaux malades par les élèves.— Mardi : leçon clinique et opérations, amphithéâtre Chomel à 9 heures 1/2. — Mercredi : Visite salle Notre-Dame. — Examen des nouveaux malades par les élèves. — Jeudi : opérations. (Chirurgie abdominale). — Vendredi : Leçon clinique et opérations, amphithéâtre Chomel, à 9 heures 1[2. — Samedi : exercices gynécologiques, salle Saint-Jean et salle du spéculum.

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir. — 1° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le Dr Fredet, chef de clinique. Mercredi, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel). — 2° Exercices cliniques, examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le Dr Fredet. Samedi, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel). — 3° Exercices de Gynécologie, Examen des femmes par les élèves sous la direction de M. le Dr Clado. Mercredi, à 6 heures (Salle du spéculum). — 4° Conférences et exercices pratiques de bactériologie, d'anatomie et de physiologie pathologiques, par MM. les Drs Cazin et Ballion, chefs de laboratoire. Mercredi, à 11 heures (Amphithéâtre Bichat). — 5° Conférences d'otologie et de rhinologie (Méthodes d'exploration. Examen des malades, etc.), par M. le Dr Martha. Mardi, à 4 heures, et Vendredi, à 5 heures.

Conférences d'hygiène. — M. Wurtz, agrégé, commencera ses Conférences le lundi 11 novembre 1901, à 5 heures, au Laboratoire d'Hygiène, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. au même Laboratoire.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale, asile Sainte-Anne. — M. le Pr Joffroy commencera le cours de Clinique des maladies mentales le lundi 18 novembre 1901, à 2 heures et demie, à l'Amphithéâtre de l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. 1° Conférences sur l'Anatomie normale ou pathologique du cerveau, ou sur la Séméiologie des maladies mentales, les lundis et vendredis, à 2 heures, avant le cours, par MM. les docteurs Mignot et Mercier, chefs de clinique ; 2° Exercices ophtalmologiques sur les malades, les mercredis à 10 heures du matin, par M. le docteur Schramekc, chef des travaux d'ophtalmologie.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, professeur M. Dieulafoy. — M. Dieulafoy reprendra ses leçons de Clinique le samedi 16 novembre 1901, à 10 heures et demie du matin, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Trousseau), et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. Visite et examen des malades tous les matins à 9 heures. (Salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Enseignement complémentaire. — Démonstrations cliniques et exercices pratiques. Séméiologie . MM. les Drs Gandy et Griffon, chefs de clinique, le mercredi et le samedi, à 3 heures et demie, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne. — Anatomie pathologique et bactériologie. MM. les Drs Jolly et Nattan-Larrier, chefs de laboratoire, le jeudi après la visite, au laboratoire de la Clinique. — Laryngologie, Rhinologie, Otologie. M. le Dr Bonnier, le mardi, après la visite. — Electrothérapie, Radiologie : M. le Dr Lacaille, le vendredi après la visite. — Dermatologie : M. le Dr Déhu, le lundi, après la visite.

Cours de pathologie interne. — M le Pr Hutinel commencera le Cours de Pathologie interne, le samedi 9 novembre 1901, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale, hôpital Necker. — M. le Pr Le Dentu commencera son cours de Clinique chirurgicale le mardi 12 novembre 1901, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. Opérations de chirurgie générale après les leçons — opérations gynécologiques, le jeudi, à 9 heures, dans le service spécial de gynécologie.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le Pr Lannelongue commencera le Cours de Pathologie chirurgicale le lundi 11 novembre 1901, à 3 heures (Amphithéâtre du Laboratoire de Pathologie externe, Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de pharmacologie et matière médicale. — M. le Professeur Gabriel Pouchet commencera le Cours de Pharmacologie, le samedi 9 novembre 1901, à 4 heures de l'après-midi Amphithéâtre de Pharmacologie , et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours. Antithermiques-analgésiques. — Etudes des modificateurs du système nerveux périphérique. — Modificateurs névro-musculaires. Ordre du Cours : Mardi et samedi : Leçon théorique. Jeudi : Conférences pratiques et interrogations.

Conférences de chimie biologique. — M. Chassevant, agrégé, commencera ces conférences le samedi 9 novembre 1901, à 4 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet de la conférence . Principes immédiats de l'organisme . tissus, liquides, sang et urines.

Conférences de pathologie générale élémentaire. — M. Thiroloix, agrégé, commencera les Conférences de Pathologie générale élémentaire le samedi 9 novembre 1901, à 6 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants. à la même heure. — Ces Conférences sont spécialement destinées aux Etudiants de première année (nouveau régime).

Clinique d'accouchements et de gynécologie, Clinique Baudelocque : 125, Boulevard de Port-Royal. — M. le Pr Pinard commencera le Cours de Clinique d'accouchements le vendredi 15 novembre 1901, à 10 heures du matin (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les Vendredis et Lundis suivants, à 9 h. — *Ordre du cours,* Lundi et Vendredi : Leçons de Clinique obstétricale à l'Amphithéâtre, par le Professeur. — Mercredi Leçons et opérations de Gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé. — Samedi : Leçons et opérations de chirurgie infantile, par M. le Dr Broca (Auguste), agrégé. — Autres jours : Anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Varnier, agrégé. — Leçons de Diagnostic obstétrical, par le Dr Couvelaire, chef de Clinique, et M. le Dr Delestre, chef de clinique adjoint. — Leçons de Diagnostic gynécologique, par le Dr Baudron, accoucheur des hôpitaux. — Cours pratique et manœuvres obstétricales, par les Docteurs Wallich et Potocki, agrégés, Bouffe de Saint-Blaise et Baudron, accoucheurs des hôpitaux, Funck-Brentano, chef de Laboratoire, Paquy, ancien chef de clinique, Sauvage, Mouchotte internes des hôpitaux, et le Dr Le Masson.

Cours de clinique des maladies du système nerveux. — (*Hospice de la Salpêtriere.*) — M. le professeur Raymond, commencera le Cours de Clinique des maladies du système nerveux le mardi 19 novembre 1901, à 10 heures du matin. (Hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. Programme d'enseignement supplémentaire : Séméiologie des maladies du système nerveux ; M. le Docteur Sicard. Histologie normale et pathologique du système nerveux ; M. le docteur Philippe. Psychologie clinique : M. le docteur Janet. Electrodiagnostic. et électrothérapie : M. le docteur Huet, Examen du larynx : M. le docteur Cartaz. Examen des yeux : MM. les docteurs Dupuy-Dutemps et Kœnig. Examen des oreilles : M. le docteur Gellé. Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

Cours de clinique gynécologique. — (*Hôpital Broca*, 111, *rue Broca.*) — (Fondation de la ville de Paris.) — M. le professeur S. Pozzi commencera son cours de Clinique gynécologique, le Vendredi 15 novembre 1901, à 10 du heures du matin et le continuera les lundis et vendredis suivants. à la même heure. Lundi, et vendredi. à 10 heures : Leçon du Professeur. Mercredi, de 10 heures à midi : Exercices cliniques : — Examens histologiques. Mardi jeudi et samedi, à 10 heures : Opérations.

Cours de clinique chirurgicale infantile. — (*Hôpital Trousseau*) (Nouveau), 158, rue Michel-Bizot. — (Fondation de la ville de Paris.) — M. le professeur Kirmisson commencera son cours de Clinique chirurgicale infantile le mardi 12 novembre 1901, à 10 heures du matin et le continuera les samedis et mardis, suivants, à la même heure. Mardi et samedi. à 10 heures : Leçons du Professeur. Jeudi, de 10 heures à midi : Consultations orthopédiques (Conférence clinique et examen des malades.) Mardi et samedi, de 9 à 10 heures : Consultations pour les maladies du nez. du larynx et des oreilles, par le docteur Malherbe, ancien interne des hopitaux.

Anatomie. — Cours du chef des travaux. M. Rieffel, chef des Travaux anatomiques, commencera son Cours le mardi 12 novembre 1901. à 4 heures (Grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis. samedis et mardis suivants, à la même heure. *Objet du Cours* : Anatomie descriptive et topographique de l'abdomen et du bassin.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Hôpital Saint-Louis : M. le Prof. Alfred Fournier, reprendra ce Cours le mardi 19 novembre 1901, à 10 heures du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure,

Clinique ophtalmologique — Hôtel-Dieu. — M. le Pr F. de Lapersonne commencera le cours de Clinique ophtalmologique le vendredi 15 novembre 1901. à 10 heures du matin. (Amphithéâtre Dupuytren). *Ordre du service* : Lundi, mercredi. vendredi, à

9 heures : Clinique à la consultation. Mardi, jeudi, à 10 heures : Opérations. Mercredi à 10 heures : Exercices ophtalmoscopiques. Vendredi, à 10 heures : Leçons cliniques à l'Amphithéâtre.

Cours d'Anatomie. — M. le Pr Farabeuf commencera le cours d'Anatomie le lundi 11 novembre 1901, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Jeanselme, agrégé, commencera ces Conférences le dimanche 24 novembre 1901, à 10 heures et demie du matin, à l'Hôpital Saint-Louis, dans l'Amphithéâtre des Cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure.

Conférences de Déontologie médicale. — MM. Lepage, agrégé, et le Gendre médecin des hôpitaux, feront six conférences de Déontologie médicale, dans le petit Amphitheâtre de la Faculté. Ces Conférences auront lieu à 8 heures 1/2 du soir, les lundis 25 novembre, 2 et 9 décembre 1901, et les vendredis, 6 et 13 décembre 1901.

Enseignement libre

Conférences d'Ophtalmologie. — M. le Dr F. Terrien, ancien Chef de Clinique ophtalmologique de la Faculté, commencera le lundi 18 novembre, à 10 heures 1/2 du matin, à l'Hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Pr Hayem, Pavillon Moïana, une série de Conférences cliniques et les continuera tous les lundis suivants à la même heure 1° Examen fonctionnel de l'œil. Ophtalmoscopie clinique (avec malades et exercices par les élèves) ; 2° Rapports des maladies de l'œil avec les maladies générales.

Maladies des yeux. — Le Dr A. Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté, recommencera son *cours d'Ophtalmologie clinique et thérapeutique* à l'hôpital Péan, rue de la Santé, le jeudi 21 novembre à 4 h. 1/2, et le continuera tous les jeudis à la même heure. Le cours est gratuit. Un cours *particulier* de *technique* chirurgicale oculaire (avec exercices) sera fait ultérieurement. S'inscrire d'avance à la clinique, 52, rue Jacob, de 1 à 2 h.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique.— M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés, a repris la série de ses conférences cliniques de psychiatrie médico-légale le vendredi 8 novembre à 1 1/2, et les continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine à la même heure. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité peuvent dès maintenant se faire inscrire au secrétariat de l'Infirmerie spéciale, 3, quai de l'horloge. — Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un *certificat de stage médico légal physchiatrique* est regulièrement délivré.

Association des Etudiants des Facultés et Ecoles de Province.

Un grand nombre d'Universités de province ont suivi l'exemple de Paris et ont fondé dans leur ville respective des associations organisées sur un plan analogue. En voici la liste :

Aix : Association générale des Etudiants des Facultés d'Aix, cours Mirabeau, 53 bis.
Alger : Association générale des Etudiants.
Besançon : Association générale des Etudiants, place de l'Etat-major.
Bordeaux : Association générale des Etudiants, 170, cours Victor-Hugo.
Caen : Association des Etudiants, 50 rue Saint-Pierre.
Dijon : Association amicale des Etudiants de l'Université, 8, place Saint-Etienne.
Grenoble : Association générale des Etudiants, 1, place Saint-André.
Lille : Union des Etudiants de l'Etat, 54, rue, Nicolas-Leblanc.
Lyon : Association générale des Etudiants, 9, place du Pont.
Marseille : Association générale des Etudiants, 1, rue Cannebière.
Montauban : Association générale des étudiants en théologie.
Montpellier : Association générale des Etudiants.
Nancy : Société générale des Etudiants, 6, rue Stanislas.
Nantes : Association générale des Etudiants, 40, rue de la Fosse.
Paris : Association générale des Etudiants, 43, rue des Ecoles et Association des Etudiantes, 28, rue Serpente.
Poitiers : Association des Etudiants, place du théâtre.
Reims : Cercle des Etudiants en médecine et en pharmacie.
Rennes : Association générale des Etudiants, rue Lamennais.
Rouen : Association des Etudiants, 8, rue Gaillardbois.
Toulouse : Association générale des Etudiants, Athénée, rue Montaroy, 24.

VARIA

Hôtel-Dieu d'Orléans

Concours pour l'internat le mardi 10 décembre prochain, à deux heures et demie pour 3 places d'interne titulaire et 3 places d'interne provisoire. — L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du Concours d'externat des hôpitaux de Paris) (1). Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le premier janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au *Secrétariat des hospices d'Orléans.* — N. B. — Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Affectation des élèves du Val-de Grâce.

Les médecins aides-majors de 2e classe, élèves sortants de l'école d'application du service de santé militaire, dont les noms suivent, ont reçu les affectations ci-après indiquées : Cornet, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce ; Dreyfus, au 13e d'artillerie ; de Gaulijac, au 5e cuirassiers : Boigey, au 22e d'artillerie ; Notin, au 5e hussards ; Vennat, au 1er hussards ; Bailliart, au 76e d'infanterie ; Prat, au 8e d'artillerie ; Ferron, au 15e dragons ; Casaux, au 21e d'artillerie ; Guilhaumon, au 21e d'infanterie ; Borie, au 19e dragons ; Guérin, au 13e d'infanterie ; Caries, au 26e ; Techouapes, au 132e ; Michel, au 12e chasseurs à pied ; Talabere, au 113e d'infanterie.

Maval, au 11e d'infanterie ; Clément, au 11e dragons ; Chapellier, au 4e hussards ; Dusserin, au 23e d'infanterie ; Evrard, au 155e ; Battez, au 19e chasseurs à cheval ; Pichon, au 27e chasseurs à pied ; Perie, au 36e d'infanterie ; Bargy, au 1er chasseurs à cheval ; Morland, au 6e dragons ; Garnier, au 11e chasseurs à cheval ; Armeilla, à l'hôpital du camp de Châlons ; Lantieri, au 159e d'infanterie : Caujole, au 118e : Lajoux, au 16e chasseurs à cheval : Pons, au 10e d'infanterie ; Champeaux, au 1er dragons ; Joly, au 9e cuirassiers.

Nicolle, au 1er chasseurs à cheval ; Escher, au 6e cuirassiers ; Mayrac, au 6e d'infanterie ; Brionval, au 4e chasseurs à cheval ; Miecamp, au 3e bataillon de chasseurs à pied ; Cahuzac, au 6e hussards ; Roudic, au 91e d'infanterie ; Fontagné, au 13e ; Maître, au 21e ; Borderies, au 2e chasseurs à cheval ; Bertrand, au 21e dragons ; Pasteur, au 149e d'infanterie ; Taillefer, au 148e ; Manaud, au 22e ; Carret, au 73e ; Feldmüller, au 150e d'infanterie ; Bertrand, au 146e : Metoz, au 44e ; Demauneville, au 162e ; Piettrement, au 31e dragons ; Gailhard, au 30e chasseurs à pied.

La défense sanitaire.

La victoire remportée sur la tuberculose par les administrations anglaises est à bon droit célèbre. De 1851 à 1897, le gain réalisé sur l'invasion tuberculeuse sous différentes formes a été de 45 %. Un chiffre brut est encore plus saisis-

(1) Voir page 318 la liste de ces questions.

sant : d'après les statistiques de Kœhler, récemment reproduites par M. le docteur Romme. la tuberculose fait annuellement en Grande-Bretagne 58,000 victimes. 150,000 en France, 130,000 en Autriche-Hongrie, 112,000 en Allemagne, 60.000 en Italie. Plus d'une cause concourt assurément à cette supériorité des Anglais dans la lutte contre la tuberculose. M. Monfet, M. le docteur Romme ont très justement noté l'influence de l'alimentation, des salaires, des conditions du travail sur la santé de l'ouvrier, sur son équilibre physiologique. Les mesures sanitaires largement exécutées au prix de trois milliards d'argent dépensé en quinze ans, d'après l'estimation de M. Henri Monod, ont eu le plus heureux effet. elles ont été fructueuses et rémunératrices au delà de leur prix de revient. Nulle part. mieux qu'en Angleterre, n'a été appliqué le principe toujours vrai de la préservation et si l'on peut dire de l'asepsie du *terrain*. Vienne le *germe*, importé du dehors ou propagé sur place, il trouvera devant lui le roc impénétrable dont a parlé Trousseau : les voies d'accès sont presque toutes fermées, les moyens de locomotion font à peu près complètement défaut (*Grande Revue*).

Paul Strauss.

Diffamation contre un pharmacien

M. Griveaud, maire de Chantenay-lès-Nantes, était poursuivi en diffamation devant le tribunal correctionnel de Nantes par M. Salley, pharmacien. Dans un procès récent, intenté par le Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure à l'un de leurs jeunes collègues, qu'ils accusaient d'avoir exercé la médecine à Chantenay avant d'être reçu docteur, M. Salley montra des ordonnances de ce dernier. A la suite de ce procès, M. Griveaud, maire de Chantenay et l'un des défenseurs du jeune médecin visé, fit placarder dans sa mairie une affiche dans laquelle il invitait les malades de l'assistance publique à ne pas porter leurs ordonnances chez M. Salley, « qui avait manqué gravement — disait l'affiche — à son devoir professionnel en communiquant des ordonnances à des tiers ».

Jugeant ce placard diffamatoire, M. Salley intenta une action contre M. Griveaud.

Au cours de l'audience, un incident s'est produit qui mérite d'être relaté. M. Griveaud, ayant nié certains faits rapportés par un témoin, le tribunal décida, sur la demande de Me Linyer, avocat de M. Salley, de faire entendre deux employés de la mairie de Chantenay. Aussitôt on vit M. Griveaud se précipiter au téléphone et intimer à ses employés l'ordre de ne pas venir au palais, n'ayant pas été cités régulièrement. Les employés ne vinrent pas et M. Griveaud luimême ne reparut pas à l'audience.

Le président fit dresser procès-verbal de l'incident et Me Linyer renonça à entendre les deux témoins, qui pouvaient. dit-il, être circonvenus. Le tribunal passa donc outre et condamna M. Griveaud à 50 francs d'amende et 200 de dommages-intérêts » (*Le Temps* du 24 octobre 1901).

A l'Ecole de médecine tropicale de Liverpool.

On écrit de Liverpool au *Temps* :

Hier, a eu lieu un banquet donné en l'honneur du major Ross, l'énergique collaborateur à l'école de médecine tropicale de Liverpool, suivi d'une conférence par celui-ci. Le major Ross a fait un historique complet des efforts entrepris par l'école de médecine tropicale de Liverpool pour améliorer l'état sanitaire des établissements anglais à la côte occidentale d'Afrique. Il est parfaitement possible, a déclaré le major Ross, de rendre Freetown et les autres villes européennes de la côte ouest d'Afrique aussi saines que les villes des Indes. en détruisant systématiquement les centres de propagation des moustiques, en comblant les puits, les flaques d'eaux malsaines et en desséchant petit à petit les marais avoisinants.

Le major Ross a annoncé le départ en novembre du docteur Balfour Stewart à Cape Coast, afin d'essayer les mêmes mesures sanitaires qu'à Freetown. Cette expédition constitue la septième envoyée par l'école à la côte ouest. L'école, fondée il y a trois ans avec capital de 350 liv. st. par an, dépense aujourd'hui à raison de 6,000 liv. st. par an, entièrement souscrits par les négociants de Liverpool, quelques riches indigènes de Lagos et Sierra-Leone et un « philanthrope de Glasgow, qui ne désire pas être nommé ».

Laparotomie et résection de l'intestin : Priorité.

Huysmans, dans son récent ouvrage : *Sainte Lydwine de Schiedam* (1380-1433), dit : « Godfried (un médecin), qui avait jadis pronostiqué l'origine divine de ces maux (dont est faite, avant, une longue énumération), ne pouvait que constater l'impuissance de son art à les guérir ; croyant cependant qu'il parviendrait peut être à soulager la patiente, *il lui retira du ventre les entrailles qu'il déposa dans un bassin, il les tria et remit, après les avoir nettoyées, celles qui n'étaient pas hors d'usage en place* ».

Les chirurgiens les plus audacieux de nos jours n'ont pas encore fait une aussi belle opération.

La chasse aux rats propagateurs de la peste.

Dans le but de rendre plus rapide la destruction de ces rongeurs. il s'est formé, à Copenhague. un « Comité pour l'extermination rationnelle des rats ». Ce Comité a déjà fait d'excellente besogne. Il avait organisé, au mois d'août dernier, une exposition très originale dénommée « Première Exposition internationale de ratières et d'engins à détruire les rats ». En outre, et grâce aux souscriptions dont il dispose, il a pu donner une large extension au système des primes de destruction, pour lequel il sollicite en ce moment la sanction législative. Plus de cent mille rats ont été détruits en dix-huit semaines, à Copenhague, où le Comité paye quatorze centimes par tête de rat livrée. La petite ville danoise de Maribo s'est débarrassée. dans le même temps, de quatorze mille rats. soit environ cinq fois le chiffre de sa population. En Suède, où le même système de primes est officiellement appliqué, on a détruit, du 1er mars au 1er août dernier, cent mille rats à Stockholm. et plus de dix mille à Malmoë. Actuellement, le Comité danois s'efforce de susciter l'adoption de mesures internationales pour la destruction des rats, qui, non seulement sont les propagateurs avérés de la peste. mais qui répandent encore des maladies contagieuses parmi le bétail, ravagent les propriétés, dévorent les récoltes et causent des pertes qui peuvent se chiffrer annuellement par plusieurs milliards pour l'ensemble du monde civilisé (*Journal*).

Microbophobie

Nous lisons dans les *Débats* du 8 novembre : « On lutte beaucoup contre les microbes ; mais on lutte mal. L'hygiène qu'observent la plupart des hommes est enfantine et leur imprudence est incroyable. Ils respirent sans épouvante la poussière des chemins et ils vivent sans effroi dans l'air ordinaire, qui est chargé de matières organiques, et au milieu d'une décomposition universelle. Végétaux et animaux pourrissent autour d'eux, et la nature n'est — les philosophes l'ont dit cent fois — qu'un immense charnier. Cela se peut-il supporter, et un homme soucieux de sa propre conservation peut-il vivre à la surface du sol ? Un médecin anglais, le docteur Wynter Blyth, a résolument conclu que non : et il a développé sa thèse au Congrès annuel des médecins anglais. Avec une logique inflexible, il a démontré que, puisque la surface de la terre était si mal composée, puisque l'air des campagnes, aussi bien que celui des villes, était chargé de microbes, puisque les mille prétextes de la mort rôdaient sans cesse autour des demeures humaines, un *gentleman* qui a le sens du confortable devrait se choisir un domicile plus sûr et mieux à l'abri. Il n'en est pas de meilleur que le sein de la terre. Etablissons des salles tranquilles à 30, à 50, à 100 mètres sous terre. Pas de vains bruits qui nous importunent. Ni soleil qui nous brûle, ni vent qui nous énerve, ni pluie qui nous enrhume. Dans une température égale, nos esprits garderont une sérénité, et nos corps un équilibre merveilleux. La lumière de l'électricité parera ces demeures de mille prestiges, chefs-d'œuvre des hommes industrieux. Des ventilateurs puissants renouvelleront l'air.

Plus de fumier ; plus de microbes. Les hommes vivront cent ans et plus, et ils seront heureux. Ainsi faisaient nos ancêtres. Nous reviendrons à l'âge des cavernes ; c'est se rapprocher de l'âge d'or. Malheureusement, le temps où tant de beaux rêves se réaliseront est encore éloigné. Notre vie souterraine commence à peine : et nous n'en connaissons les joies que par celles que nous donne le Métropolitain. »

THÉRAPEUTIQUE

Formule des hôpitaux de Vienne contre la chloro-anémie

Voici une formule très en vogue à Vienne contre la chloro-anémie, parce qu'elle ramène promptement l'appétit et les couleurs.

Artemisine...........	0 gr.	001	milligramme.
Quassine cristallisée..	0	001	—
Protoxalate de fer.....	0	10	centigrammes.

pour une dragée. Quatre dragées par jour, deux avant chaque repas.

Les couleurs apparaissent *invariablement* entre le neuvième et le douzième jour.

La réunion de l'artemisine et de la quassine cristallisée réveille puissamment l'action des fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par un appétit presque immédiat.

Cette formule est spécialisée en France sous le nom de « Dragées de fer Briss ».

Traitement des dyspeptiques et des convalescents par le vin Voguet

Les malades très délicats, les dyspeptiques et les convalescents, les jeunes enfants ne tolèrent pas indifféremment toute sorte de tonique.

Le VIN VOGUET, fabriqué avec le vieux muscat du clos renommé de l'Archevêché de Carthage, à base de glycérophosphate de chaux et de soude, de quinquina, de Kola et de Coca est le tonique et le reconstituant le mieux supporté. Il peut être pris seul à la *dose quotidienne* de deux à trois verres à madère pour les adultes et deux à trois verres à liqueur pour les enfants. On peut le mélanger avec avantage au bouillon et au lait. Il ne suscite jamais de constipation, ni de troubles gastro-intestinaux.

Les *indications* les plus ordinaires sont la neurasthénie, l'anémie, la débilité générale, la dyspepsie, l'impaludisme, les maladies chroniques, le diabète, la convalescence de la grippe et des maladies fébriles. On peut parfois l'administrer durant l'allaitement.

Quelquefois troublé par le froid, ce vin reprend sa limpidité à la chaleur de l'appartement : son goût muscat masque agréablement l'amertume du quinquina, de la Kola, de la Coca qui entrent dans sa composition.

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab par jour.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS.— Du dimanche 27 octobre au samedi 2 novembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,037 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 383, illégitimes 134. Total 517. — *Sexe féminin* : légitimes, 380, illégitimes, 140. Total, 520.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 27 oct. au samedi 2 novembre 1901, les décès ont été au nombre de 880, savoir : 469 hommes et 411 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 8, F. 3. T. 11. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 3, F. 1, T. 4. — Rougeole : M. 3, F. 0, T. 3. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie et Croup : M. 7, F. 7, T. 14. — Grippe : M. 3, F. 4, T. 7. — Choléra asiatique : M. 0. F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 3, F. 2, T. 5. — Tuberculose des poumons : M. 135, F. 90, T. 225. — Tuberculose des méninges : M. 11, F. 10, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 4, T. 11. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 19, F. 38, T. 57. — Méningite simple : M. 6, F. 8, T. 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 27, F. 25, T. 52. — Maladies organiques du cœur : M. 16, F. 36, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 1, T. 8. — Bronchite chronique : M. 8, F. 13, T. 21. — Pneumonie : M. 15, F. 21, T. 36. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 36, F. 30, T. 66. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 6, F. 2, T. 8 ; autre alimentation : M. 8, F. 8, T. 16. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 1, T. 4. — Cirrhose du foie : M. 10, F. 4, T. 14.— Néphrite et mal de Bright : M. 11, F. 12, T. 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 5, T. 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 16, F. 14, T. 30.—Débilité sénile : M. 10, F. 23, T. 33. — Morts violentes : M. 21, F. 7, T. 28. — Suicides : M. 6, F. 0, T. 6. — Autres maladies : M. 52. F. 37, T. 89. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 0, T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 57, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 26, illégitimes, 8. Total : 34. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 7. — Total : 23.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie* : Artères de la main ; — rapports de l'estomac. — *Pathologie* : Examen clinique des crachats. — Complications du diabète sucré ; — indications et manuel opératoire des appareils plâtrés.

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, MÉDECINS AUXILIAIRES. — Aux termes de la circulaire du 12 décembre 1899, le délai accordé aux jeunes gens dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 pour justifier de leur droit à la dispense définitive a été reporté du 1er novembre au 1er décembre, en raison de la session d'examens qui a eu lieu en novembre dans les diverses Facultés. La date fixée pour l'envoi des états concernant les étudiants en médecine pourvus d'un emploi de médecin auxiliaire et devant être rappelés à l'activité, sera à l'avenir également reportée du 1er novembre au 1er décembre. (*Débats*, 30 octobre.)

OUVERTURE DU RESTAURANT COOPÉRATIF DES ÉTUDIANTS. — Le restaurant coopératif des étudiants, situé à l'angle de la rue du Sommerard et de la rue Thénard, vient de s'ouvrir. Le restaurant se compose d'une vaste salle au rez-de-chaussée, et où peuven tenir plus de trois cents personnes. Créé par un groupe de professeurs et d'étudiants, le restaurant, nous l'avons dit, est administré par un conseil ayant à sa tête M. Charles Gide, professeur à la Faculté de droit, et M. Tannery, sous-directeur de l'Ecole normale. Nous ne doutons pas du succès de cette excellente institution, qui évitera à de nombreux étudiants la digestion pénible de la vache enragée traditionnelle que leur offrent un certain nombre de restaurants à bon marché.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours d'anatomie comparée.* — M. H. FILHOL, Professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le lundi 11 novembre 1901, à deux heures, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure

Le Professeur exposera dans son cours les faits principaux relatifs à l'organisation des vertébrés. M. le docteur H.-P. GERVAIS, assistant, s'occupera, comme par le passé, de la surveillance du Laboratoire des recherches anatomiques et traitera pendant le se-

mestre d'hiver, dans un cours public sur l'Évolution, de la Structure et de la Morphologie des dents chez les vertébrés. M. Auguste Petit, attaché à la Chaire, commencera, le 12 novembre 1901, un enseignement pratique d'histologie comparée qui aura lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à deux heures. Le laboratoire des recherches histologiques est ouvert tous les jours, de deux heures à quatre heures. S'inscrire d'avance, l'après midi, au laboratoire d'Anatomie comparée, rue de Buffon n° 55.

Curieux cas de léthargie. — Une jeune fille de dix-huit ans demeurant dans le faubourg de Toulon à Périgueux, est endormie depuis une huitaine de jours et tous les moyens employés pour la réveiller sont restés sans succès. Il paraît que, depuis quelques années, cette jeune fille a dû s'aliter à diverses reprises sous l'action d'un sommeil invincible qui, jusqu'à présent, n'avait pas dépassé une durée de cinq jours. (*Petit Journal*).

La guérison du cancer. — En attendant que le secret en soit trouvé et expérimenté, Guillaume II vient de donner au docteur Ehrbaach la mission toute spéciale de se consacrer, dans son institut, à l'étude de cette affreuse maladie. (*Le Journal*.)

Faculté de Lyon : M. le Dr Bonnet a été nommé chef de clinique du Pr Lépine et M. le Dr Cade chef de clinique du Pr Boudet.

Hommages a Théophile Roussel. — Une délégation du Congrès de l'assistance familiale ayant à sa tête M. Pierre Baudin, ministre des travaux publics, accompagné de M. Féret, chef du secretariat, s'est rendue chez le sénateur, M. Théophile Roussel, pour lui remettre la médaille commémorative que le Congrès avait décidé de lui offrir. La délégation était composée de MM. Léon Bourgeois, président du Congrès ; Cheysson, Landouzy, Rotillon, Henri Lefort, vice-présidents ; Marie, secrétaire général ; Antheaume, trésorier ; Fernand Le lé, délégués des sections. M. Baudin a remis à M. Théophile Roussel l'objet d'art qui lui était destiné, en lui transmettant l'expression de son admiration personnelle et de celle du Congrès tout entier. (*Le Journal*).

Corps de santé. — Par décret en date du 31 octobre 1901, M. Keisser, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

Légion d'honneur. — Le médecin de 2e classe Bouteiller, médecin-major à bord du *Lion*, est inscrit d'office au tableau de concours pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur, pour sa belle conduite au feu lors du bombardement des forts de Ta-Kou.

Inspection des Écoles — M. le Dr Bourdineau, médecin au Perreux, a été nommé médecin inspecteur des écoles de la 2e circonscription du canton de Nogent-sur-Marne, en remplacement de M. le Dr Collardot, décédé.

Le sérum antivenimeux. — Un rapport du médecin de la Compagnie du chemin de fer de Bengal-Nagpur, reçu au bureau de la compagnie, à Londres, mentionne un cas de guérison remarquable de la morsure du cobra, au moyen du sérum du docteur Calmette. Le médecin de la compagnie, appelé auprès d'une femme indigène, deux heures après qu'elle eut été mordue, la trouva dans un état comateux. Il fit à la malade une injection de sérum à forte dose, qui eut pour résultat de lui faire reprendre ses sens. Un quart d'heure après, encouragé par ce premier résultat, il injecta de nouvelles doses de sérum, et trois heures plus tard la malade était complètement guérie (*Le Temps*).

Le legs Hirsch.— M. Nathan Hirsch, dont nous annoncions il y a quelques semaines la mort à Ville-d'Avray, laisse toute sa fortune à des œuvres de bienfaisance israélites. Il a notamment fait les dispositions suivantes :

Je donne et lègue à l'école normale israélite orientale la somme de 50.000 francs ; au comité de bienfaisance israélite de Paris la somme de 50.000 francs ; à l'école de travail, société de patronage des apprentis et ouvriers israélites de Paris, rue des Rosiers, 4 *bis*, la somme de 20.000 francs. Et je donne et lègue tous mes biens meubles et immeubles, à charge des legs qui précèdent et notamment de l'usufruit de ma femme si elle me survit, à l'hôpital fondation de Rothschild, que j'institue en conséquence mon légataire universel, et qui devra employer le montant de ma succession à la fondation d'une maison de retraite à Paris pour les vieillards des deux sexes, israélites seulement, âgés de soixante-cinq ans au moins. Cette maison portera le nom de : « Nathan-Hirsch de Frauenberg-Lorraine » (*Le Temps*.)

Les automobiles de l'Assistance publique. — Jaloux sans doute des lauriers de M. Mougeot, M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, a demandé à trois ou quatre des plus importantes maisons d'automobiles de vouloir bien lui établir les plans et devis d'une voiture d'ambulance sans chevaux ; celles-ci se sont mises à l'œuvre et ont envoyé, ces jours-ci, avenue Victoria, leurs projets. Nul doute que d'ici peu, la classique voiture « d'ambulance urbaine », attelée de trois quarts de sang, ne soit remplacée par l'ambulance urbaine à pétrole, électricité ou alcool, et son timbre argentin par le son nasillard de la corne d'avertissement des chauffeurs. Les morts vont vite, disait le poète ; les « blessés vont vite », ajouterons-nous bientôt (*Le Soleil*).

Encore des centenaires. — On télégraphie de New-York, que Mme Catherine Brown vient de mourir à l'âge de 101 ans. Etant jeune fille, elle avait assisté à un bal donné à Philadelphie en l'honneur des Français, et avait dansé avec le général Lafayette (*La Nouvelle Presse*).— Il vient de mourir à Bordeaux, une demoiselle Dumaine, âgée de cent sept ans, étant née en octobre 1794. Elle avait conservé à peu près intact l'usage de ses facultés mentales et n'avait aucune infirmité physique. (*Le Temps*).—Une cousine du secrétaire permanent des affaires étrangères, Mme Hambury, connue pour sa philanthropie, vient de mourir à l'âge de cent huit ans. (*Havas*.)

Explosion dans un hospice. — Une explosion de gaz s'est produite dans le sous-sol, à l'hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, le 3 novembre au soir. Un employé de la maison a été légèrement blessé.

Interdiction du blanc de céruse dans l'armée. — Le ministre de la guerre adresse aux commandants de corps d'armée, une circulaire où nous relevons le passage suivant : « Les dangers que présente, pour les ouvriers employés aux travaux de peinture, l'usage des couleurs à base de céruse, ont été souvent signalés et ont donné lieu récemment à un avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, faisant ressortir qu'il est très désirable, au point de vue hygiénique, de substituer le blanc de zinc au blanc de céruse ; cette substitution peut d'ailleurs être réalisée sans inconvénient au point de vue technique. » Pour les travaux exécutés dans les établissements militaires, il sera, à l'avenir, interdit de faire usage de couleurs ou enduits à base de blanc de céruse.

Réorganisation des hôpitaux. — M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, doit exposer au Conseil municipal, un plan englobant la réorganisation de certains établissements, la Pitié, par exemple. Il en résulterait une dépense totale de 83 millions, laquelle serait couverte par une recette d'environ 29 millions provenant de la revente de terrains désaffectés et par un emprunt de 54 millions. (*Echo de Paris*).

Jubilé scientifique de M. Berthelot. — Le comité d'organisation de ce jubilé s'occupe d'arrêter définitivement le programme de cette solennité. On sait déjà que quatre discours y seront prononcés : par M. Darboux, au nom de l'Académie des sciences ; par M. Moissan, de l'Institut, qui tracera un historique des travaux de M. Berthelot ; par M. Gaston Paris, au nom du Collège de France, et par le ministre de l'instruction publique, au nom du gouvernement.

La nomination du doyen de la Faculté de Médecine. — C'est jeudi prochain seulement, à trois heures de l'après-midi, que l'assemblée de la Faculté et le conseil de l'Université procèderont au vote préalable pour la nomination du doyen de la Faculté de Médecine. On se souvient que M. Brouardel a donné sa démission de doyen de cette Faculté il y a quelques mois, pour une question administrative. Son mandat ne prenait fin en réalité qu'en février 1902 ; mais, pour que le nouveau doyen puisse faire partie du conseil de surveillance de l'Assistance publique, dont M. Brouardel continue de faire partie de droit, ce dernier a préféré ne pas attendre l'échéance de son mandat pour qu'il lui soit désigné un successeur. M. Brouardel cessera le 20 décembre prochain d'être doyen.

Le doyen est nommé pour trois ans, par le ministre, parmi les professeurs titulaires, sur une double liste de deux candidats, présentée, l'une par l'assemblée de la Faculté, l'autre par le Conseil de l'Université. Ces présentations se font à la majorité des suffrages exprimés pour l'assemblée de la Faculté comme pour le Conseil de l'Université. Le vote a lieu au scrutin secret. Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas de résultat, la majorité relative suffit au troisième tour, pour la désignation du doyen. Le doyen ne peut-être suspendu de ses fonctions que par arrêté motivé du ministre. Le ministre nomme un délégué de la Faculté au Conseil de l'Université pour remplir les fonctions d'assesseur qui assiste et supplée le doyen, s'il y a lieu. Le doyen représente la Faculté. Il a la garde de ses intérêts divers. Chaque année, il présente au conseil de l'Univer-

sité un rapport sur la situation de la Faculté et sur les améliorations qui peuvent y être introduites.

Un de nos collaborateurs a demandé à une personnalité bien renseignée quel était, parmi les candidats à la succession de M. Brouardel, celui qui lui paraissait avoir le plus de chances de l'emporter. Cette personnalité a répondu que le docteur Debove avait toutes les chances pour être nommé doyen de la Faculté de Médecine. Le docteur Debove, qui a cinquante-six ans, est professeur à la Faculté depuis le 14 mars 1890. Il était titulaire de la chaire de pathologie interne, quand, il y a un an, à la mort du docteur Potain, il fut désigné pour lui succéder à la chaire de clinique médicale. (*Les Débats.*)

Thérapeutique religieuse. — Les Pères Jésuites, après avoir obtenu la haute approbation de l'autorité épiscopale, ont mis à la mode...l'*iconophagie*, et ils répandent par milliers de petites figurines de saintes qui sont comestibles et ont, chacune, des vertus médicatives spéciales, énoncées dans d'alléchants prospectus. Voici ce qu'on peut lire dans un de ces propectus : « Les miniatures de la mère de Dieu de Campo Cavallo, *qu'il faut prendre tous les jours pendant la prière*, ont une telle efficacité que nombre de bons croyants en ont éprouvé des *soulagements absolument miraculeux.* »

Les figurines de la mère de Dieu coûtent un Kreutzer (deux centimes et demi) la pièce. Le prix d'un rosaire comestible « des sept douleurs » est de vingt-cinq Kreutzer. (*Le Mouvement Thérapeutique et Médical*, d'octobre 1901).

La Variole à Londres.— Il y a, en ce moment, dans les hôpitaux. 258 cas de petite vérole et 5138 de scarlatine et de diphtérie.

Macabre Projet. — Le docteur Charles Jacobs, un spécialiste pour les maladies nerveuses, vient de demander à la municipalité de Chicago l'autorisation d'établir une « salle de suicide » où tous ses clients incurables qui voudront mourir pourront se tuer « confortablement » en payant une certaine somme. Il y en aura pour tous les goûts : cordes, revolvers, instruments tranchants, gaz asphyxiants, poisons, et peut-être le fauteuil d'électrocution.

Le docteur a envoyé aux vingt-trois clubs des suicides des Etats-Unis son prospectus vantant l'excellence de l'installation projetée à l'usage des déserteurs de la vie. Malheureusement, M. Harrison, maire de Chicago, se refuse « pour le moment » à accorder la licence demandée pour la salle de suicide. Malgré toutes les audaces du progrès américain, l'heure ne paraît pas encore venue aux édiles de Chicago d'autoriser l'application de l'ingénieux projet du docteur Jacobs. (*Le Temps.*)

Nécrologie.— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Aug. Villard, professeur à l'école de médecine de Marseille et correspondant de l'Académie de médecine ; de M. le Dr Guilt, de Monts-sur-Guesnes ; de M. le Dr Touchard, maire de Sillé-le-Guillaume, chevalier de la Légion d'honneur ; de M. Voyé, médecin principal de la marine en retraite, décédé à Rochefort ; de M. le Dr David, de Nice.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique des Autopsies.

Par MM. Bourneville et Bricon. Librairie du *Progrès medical.* — Prix : broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. : relié, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

« Les internes et les externes des hôpitaux, dit notre ami le Pr Brouardel, ont seuls eu l'occasion, avant de se livrer à la pratique de la médecine, de faire des autopsies. Dans les hôpitaux, le plus souvent, l'autopsie a pour but de déterminer la nature de la maladie pour laquelle le malade a été soigné, de contrôler le diagnostic. Elle est donc souvent très incomplète. Sans insister sur les différences et les difficultés de l'autopsie médico-légale, on peut dire que peu de médecins, même les plus instruits, sont en état de distinguer toutes les lésions développées sous l'influence de la maladie, de celles qui auraient pu être provoquées par une intoxication. C'est pour aider à combler la connaissance insuffisante de la pratique des autopsies que nous avons composé le *Manuel technique des autopsies*, le faisant aussi complet que possible en un petit nombre de pages et en le rendant commode par son format. Voici l'appréciation qu'en a donnée un homme absolument compétent en la matière. M. le Pr Cornil :

« MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies*, clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux. dans la pratique des nécropsies. C'est un *vade-mecum* indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination.

« Le Manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure : il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow ; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des Connaissances méd.*).

V. Cornil.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, No 46. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 16 NOVEMBRE 1901

Le Progrès Médical



TOXICOLOGIE

Empoisonnement par la teinture de Baumé ; effets de la strychnine et de la brucine à doses toxiques (1).

Par le Dr **F. BURET.**

En relisant le *Bulletin* de l'année 1897, j'y retrouvai une intéressante observation de suicide par les gouttes amères de Baumé, qui me remit en mémoire un cas analogue pour lequel je fus appelé en 1888. Dans le cas du Dr Bonnet, notre collègue de Romans, il s'agissait d'une jeune fille de 23 ans, exaltée, qui avait essayé de se donner la mort à la suite de chagrins d'amour. L'auteur constatait d'abord la rareté du fait et appelait l'attention de ses collègues sur deux points intéressants, à savoir la guérison de la malade et la grande quantité d'alcaloïdes absorbés (5 gr. de teinture). Comme notre malade, une jeune femme aussi, en avait absorbé une dose triple et survécut également, et que nous avons pu suivre toutes les phases de l'intoxication, il nous a paru intéressant de comparer ces deux cas, d'origine analogue et présentés par des femmes de même âge.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de rappeler en quelques mots la composition de la teinture de Baumé et les éléments qui la constituent. Les gouttes amères de Baumé, qui ont pour principe actif la fève de Saint-Ignace, se préparent, comme vous le savez, de la façon suivante :

Alcoolé d'absinthe	1 litre.
Fèves de Saint-Ignace	500 gr.
Carbonate de potasse liquide	15 —
Suie pure	5 —

On fait macérer pendant 15 jours à une douce température, on exprime et l'on filtre. La dose quotidienne est de une à six gouttes. La fève de Saint-Ignace est formée des mêmes principes que la noix vomique, mais dans des proportions différentes : elle contient trois fois autant de strychnine que cette dernière et beaucoup moins de brucine. Il s'ensuit que la préparation de Baumé est très active et qu'il n'est peut-être pas très prudent d'en mettre un grand flacon à la disposition des malades. Je laisse pour le moment cette question, sur laquelle je me propose de revenir, et vais vous retracer l'histoire de ma malade, d'après mes souvenirs.

C'était en 1888, un dimanche soir, vers 6 heures ; je me rappelle d'autant mieux la circonstance que nous nous préparions, ma femme et moi, à prendre le train de la gare Saint-Lazare pour aller dîner à Chatou dans une famille américaine que je soignais à cette époque. On vint me chercher en toute hâte pour une jeune personne de la rue Labruyère qui s'était empoisonnée. Arrivé près de la malade, jeune femme de 21 ans entretenue par un limonadier fort connu, mort depuis millionnaire, je trouvai le cadre habituel : l'amie intime, habitant la même maison et un jeune blondin frais et rose, qu'elle faisait passer pour son frère, mais que je sus depuis avoir été la cause de l'acte désespéré. A côté d'elle, un médecin du quartier qui ne s'était pas soucié — et cela se conçoit — de rester seul en pareille occurrence.

La malade, étendue sur une chaise longue, n'avait même plus la force de parler : elle était en proie à des nausées, mais sans vomissements. M'enquérant rapidement, j'appris qu'elle venait d'avaler le contenu d'une fiole qu'on me fit voir, en m'assurant qu'elle était pleine. Or, c'était un flacon d'une contenance de 15 grammes et qui avait renfermé de la teinture de Baumé. Le confrère avait administré un gramme de poudre d'ipéca. Trouvant cette dose un peu timide et craignant de voir arriver le trismus, ce qui eût été fort gênant, car je n'avais ni seringue ni apomorphine, je n'hésitai pas à lui faire absorber immédiatement 10 centigrammes d'émétique qu'on prit chez un pharmacien qui, heureusement pour elle, habitait en face. L'effet fut assez rapide et surtout copieux. J'aurais pu, très certainement, administrer de l'iode et du tannin qui précipitent la strychnine, mais nous aurions perdu du temps. Le principal était d'évacuer le plus vite possible le poison contenu dans l'estomac ; en outre, il faut savoir que le tartre stibié, pour peu qu'il y ait de la chaleur ambiante, redissout le précipité de strychnine par le tannin ou l'iode.

(1) Communication faite à la *Société de médecine de Paris* (séance du 26 oct. 1901. Voir *Progr. méd.*, no 44, page 280.)

Les vomissements ayant été copieux, comme nous l'avons dit, il n'y avait plus qu'à attendre les effets de la quantité de poison absorbé, tout en souhaitant que cette dose fût faible et de parer aux accidents. Nous n'eûmes pas longtemps à attendre. Le trismus se montra tout d'abord, puis l'opisthotonos et enfin une première attaque clonique, bientôt suivie d'une seconde. Tout se passa relativement bien jusque-là ; mais la troisième secousse tétanique revêtit une allure des plus graves. La face devint rouge, violette, presque noire, offrant le masque de la cyanose complète ; les convulsions n'arrêtaient pas : puis le calme se fit, instantané, terrible. La malade retomba comme une loque, la respiration s'arrêta et la cyanose du visage fit graduellement place à une pâleur de cire. Le pouls n'était plus perceptible, le bras soulevé retomba inerte. — Elle est morte ! me dit le confrère. — J'en ai peur, lui répondis-je. J'auscultai immédiatement le cœur : on n'entendait plus rien. — C'est fini, déclara mon confrère, nous n'avons plus qu'à nous retirer. — Attendez, lui dis-je ; nous ne pouvons pas la quitter sans être matériellement sûrs qu'il n'y a plus rien à tenter. Bien m'en prit, car en épiant les derniers signes de vie que pouvait présenter la malade, il me sembla percevoir une respiration presque insensible. Nous ne connaissions pas la méthode des tractions rythmées de la langue : je me mis à faire immédiatement la respiration artificielle par l'extension des bras, comme pour un noyé, pendant que le confrère la frictionnait vigoureusement. Bientôt nous eûmes la satisfaction de constater des respirations faibles, mais indéniables, et qui ne tardèrent pas à être plus perceptibles, même pour l'entourage. Au bout d'un quart d'heure, la respiration était rétablie ; la malade poussa un soupir et ouvrit les yeux. Elle revenait de loin.

La petite crise de larmes obligatoire remplaça avantageusement les attaques tétaniques qui ne se reproduisirent plus. Le confrère, voyant tout danger écarté, en profita pour prendre congé. Je restai encore une demi-heure près de la malade et m'en allai à mon tour pleinement rassuré. Je revis la malade pendant 5 jours : aucun symptôme fâcheux ne reparut et la guérison complète eut lieu sans incident.

La malade de M. Bonnet n'avait absorbé que cinq grammes de teinture de Baumé, dose déjà énorme puisqu'elle renferme 37 milligrammes 1/2 de strychnine et 12 1/2 de brucine. Mais notre collègue ne fut appelé qu'une heure après l'absorption du médicament, et la malade était déjà secouée de mouvements tétanoïdes lorsqu'il arriva près d'elle. Une partie du poison était déjà absorbée, mais il est assez difficile de l'évaluer. Toutefois, si nous nous en rapportons au tableau clinique offert par les deux malades, il nous est permis de croire que celle du Dr Bonnet absorba moins d'alcaloïde que notre malade, bien qu'elle ait été plus longtemps à se rétablir, un mois environ. Elle n'eut pas, comme la première, d'accidents presque foudroyants. Notre malade, elle, avait absorbé 15 grammes de teinture, c'est-à-dire plus de onze centigrammes de strychnine et 37 milligrammes 1/2 de brucine. Mais les soins médicaux furent donnés presque aussitôt : les vomissements furent obtenus environ une demi-heure après l'ingestion du poison. La dose était triple, mais le temps d'absorption fut de moitié moins long. La malade n'a dû la vie très certainement qu'à la promptitude des secours, car, étant donnée la dose formidable ingérée, la première attaque ou tout au moins la seconde eût été foudroyante si le vomitif n'avait vidé l'estomac. Notre collègue a donné du tanin à sa malade pour précipiter l'excès de poison. Nous ne l'avons pas fait, pour les raisons que nous avons exposées plus haut. En effet, le tanin ne pouvait neutraliser la strychnine déjà absorbée : quant à l'alcaloïde contenu dans l'estomac, du moment où le vomitif agissait, peu importait qu'il fût rejeté soluble ou à l'état de précipité. D'ailleurs, notre malade s'étant rétablie promptement, sans nouvelle crise, nous avons eu la preuve que toute l'énergie de la strychnine absorbée avait été dépensée dans la dernière convulsion, celle qui faillit être fatale. L'émétique avait parfaitement balayé le reste. Au point de vue des suites de l'empoisonnement, il n'est pas inutile de faire remarquer que la malade de M. Bonnet était une névropathe anémiée, c'est-à-dire une rêveuse. Il y avait de l'épilepsie dans la famille : c'étaient des nerveux héréditaires. Elle fut un mois à se remettre. La nôtre était une brune, grande forte fille de campagne, fortement jalouse, qui a plutôt agi dans un moment de colère que dans un accès de désespoir romanesque.

La conclusion est que, pour tout empoisonnement, le vieux moyen classique est encore le meilleur : faire vomir le plus vite possible et par tous les moyens possibles. Certes, il ne faudra pas négliger d'administrer les contre-poisons, quand la chose sera possible, mais ce ne sera le plus souvent que par acquit de conscience.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le placement familial des tuberculeux

Le Congrès d'assistance familiale, dans une de ses séances générales, présidée par le Professeur Landouzy, et après quatre heures de discussion, a émis le vœu que le placement familial des tuberculeux était désirable ; il a en outre demandé que des mesures d'éducation populaire soient prises pour appliquer à bref délai l'assistance des tuberculeux dans les familles. L'idée d'assister les tuberculeux dans les familles avec les exagérations (nous pouvons le dire entre médecins) un peu trop répandues sur la contagion fatale de ce fléau, paraît paradoxale ; elle le serait si le placement familial devait se faire d'une façon aveugle et si l'on ne devait faire ni le choix du malade, ni celui de la famille où il doit être placé. Le traitement dans un sanatorium sans sélection préalable, ni éducation spéciale du personnel, serait d'ailleurs tout aussi absurde.

Cette idée du placement familial à la campagne des tuberculeux ne date pas d'hier. De tous temps, il a été le seul moyen curatif sérieux, conseillé par les médecins à leur clientèle, et nous ne voyons guère quelle raison peut invoquer un médecin pour juger à priori impossible en assistance médicale ce qu'il applique tous les jours dans sa clientèle même peu aisée. Cependant, M. Letulle, que dans le feu de la discussion, notre confrère Berthod a qualifié de « Pierre l'Ermite, des sanatoriums » est persuadé que le système est irréalisable. Nous sommes loin de dédaigner la grande autorité de M. Letulle, mais les arguments qu'il a fournis

au Congrès n'étaient pas, il faut le reconnaître, des plus convaincants. M. Landouzy, que notre même ami Berthod appelait le « Napoléon de la tuberculose », mot qui a eu son petit succès dans les toasts, au banquet du Congrès, a été bien moins absolu ; il a même affirmé que l'assistance familiale du tuberculeux était un idéal à poursuivre, qu'il considérait, il est vrai, comme prématuré et irréalisable à l'heure actuelle.

Malgré la tentative infructueuse de M. Malvoz, de Liége, nous persistons à penser que le placement familial des tuberculeux sera le système d'assistance de choix à l'avenir ; du reste, c'est le seul applicable. On évalue à 100.000 le nombre des décès annuels par tuberculose en France. Ce chiffre suffit à faire pressentir le nombre de ceux qui sont atteints de cette affection. Or, la tuberculose est le plus souvent une maladie de misère ; quand elle n'en est pas une des conséquences, elle en est fréquemment la cause ; c'est dire qu'on doit chiffrer par centaines de mille le nombre des tuberculeux qui devraient être assistés. Est-ce avec nos budgets en déficit, écrasés par des charges militaires imposées par la barbarie humaine, que nous pouvons songer à la construction coûteuse de sanatoriums suffisants ? Jamais cette éventualité ne pourra être sérieusement discutée. Que faire alors ? Laisser mourir les tuberculeux sans secours ! Ou encore, sous un prétexte spécieux de contagion réelle, mais très facilement évitable, pour ne pas infecter les campagnes (?), les laisser s'accumuler dans les villes, sans l'air pur qui est leur seul remède, avec le vague espoir des secours insuffisants de quelques dispensaires ! Et, pour la sécurité de la population urbaine, trop inconsidérément effrayée, suffit-il d'appliquer une affiche interdisant de cracher dans la rue ! Si c'est là le résultat des efforts des ligues et des Congrès contre la tuberculose, comme le disait, croyons-nous, Beaumarchais, hâtons-nous d'en rire pour ne pas avoir à en pleurer.

J. Noir.

A propos des « Avariés ».

M. Brieux, qui a tout récemment fait, dans les « Remplaçantes », le procès de l'allaitement mercenaire, a résolument abordé dans les « Avariés » la question de la syphilis et du mariage. La censure qui avoue, du reste, avoir sacrifié à l'hypocrisie générale, a interdit la représentation des « Avariés ». M. Brieux choquait, paraît-il, les bonnes mœurs en voulant les protéger. D'où grand tapage, polémiques dans les journaux, discussions dans les revues, lecture publique ; les plus pudiques jeunes filles auront maintenant quelque mal à ignorer les « Avariés » avant d'avoir le malheur de tomber dans leurs bras. Nous n'avons pas à juger ici la valeur littéraire et dramatique de l'œuvre de M. Brieux, mais nous pouvons affirmer qu'aucun médecin ne le désavouera pour peu qu'il soit intelligent, instruit et expérimenté. Nous ne saurions mieux faire, pour donner l'opinion de la plupart des médecins au sujet de cette interdiction, que de citer la réponse de M. Brieux à un reporter de l'*Echo de Paris* :

« Eh quoi ! a-t-il dit, l'on chantera des couplets pornographiques dans tout Paris, et lorsque je voudrai faire représenter une œuvre morale, morale, entendez-vous ? on me fermera la bouche ! Mais c'est invraisemblable ! Songez que j'ai avec moi le docteur Fournier, qui m'approuve et M. Bérenger, oui, M. Bérenger, le Père la Pudeur, qui poursuit le même but que moi : nous faisons partie de la même ligue, la *Ligue de prophylaxie physique et morale* ; cette association est fondée pour faire connaître la maladie dont je vous parle dans les *Avariés* ; on ne guérit que ce qu'on connait : il faut dire à tous les enfants ce qu'ils risquent en s'amusant de façon malsaine : il faut leur dire qu'ils doivent se soigner sitôt malades et sans en avoir honte ; peut-on avoir honte d'être malade ? Mais un homme qui attrape une fluxion de poitrine en sortant à quatre heures du matin de chez une petite femme appelle-t-il son mal « maladie honteuse » ? Il n'y a pas de maladies honteuses ! Il n'y a que des gens qui, malades, doivent se soigner, et ne pas se marier avant d'être guéris : on consulte des notaires, avant de se marier : que ne consulte-t-on des médecins ? Oui, j'espère que l'on reviendra sur cette interdiction scandaleuse... »

L'on n'est pas revenu sur l'interdiction des « Avariés » ; mais M. Brieux peut être satisfait ; si sa pièce avait été jouée, elle n'aurait certes pas obtenu autant de suffrages et l'excellente thèse qu'il soutient aurait indiscutablement trouvé moins de défenseurs.

J. Noir.

Ouverture des Cours.

Cours de Pathologie interne : M. le Pr HUTINEL.

Samedi 9 novembre, à 3 heures du soir, M. le Pr Hutinel a inauguré son cours de pathologie interne devant un très nombreux auditoire, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

M. Hutinel a abordé d'emblée le sujet de son cours : la *pathologie des glandes vasculo-sanguines*. Néanmoins, sa première leçon est surtout une leçon de pathologie générale. Les fonctions des glandes vasculo-sanguines l'entraînent à aborder l'étude des proprietés physiologiques intimes des cellules, de l'influence modificatrice qu'elles ont sur les sérums et celle de ces derniers sur les cellules elles-mêmes. De là aux questions passionnantes de l'immunisation, il n'y a qu'un pas et M. Hutinel le franchit à la grande satisfaction de ses auditeurs.

Le professeur sait à merveille exposer clairement les théories parfois un peu abstruses qui expliquent l'action des toxines et des anti-toxines ; celle des alexines et des sensibilatrices. Et personne n'a songé, en sortant du cours du Pr Hutinel, à lui reprocher de nous avoir conduit un peu loin des glandes vasculo-sanguines.

J. N.

Cours d'Anatomie : M. le Prof. FARABEUF.

Le premier cours d'anatomie a eu lieu le lundi 11 novembre. C'est devant une salle absolument pleine que M. Farabeuf a fait sa leçon d'ouverture. Après quelques généralités, le professeur commence l'étude du membre supérieur. M. Farabeuf est très aimé de ses auditeurs ; il sait combattre l'aridité d'une leçon d'anatomie par de nombreuses digressions, au moyen de considérations philosophiques ou esthétiques ; et le tout est empreint d'une originalité bien connue. Il est inutile de rappeler les procédés d'enseignement du Professeur, qui à une grande clarté d'exposition joint une habileté con-

sommée dans l'art du dessin. Les cours d'anatomie se continueront le mercredi et le vendredi.

Conférences de Pathologie externe. M. le Dr WALTHER, agrégé.

Le samedi 9 novembre, à 6 heures, M. le Dr Walther, professeur agrégé, a commencé ses conférences de Pathologie externe, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Il se propose de traiter dans le semestre d'hiver tout ce qui se rapporte à la pathologie externe ; le plan comporte trois chapitres : 1° affections chirurgicales des tissus ; 2° les tumeurs ; 3° affections des membres. En premier lieu, dans le chapitre des affections des tissus, il faut encore choisir un ordre logique ; quel sera le tissu qui devra mériter la première étude.

Sans contredit, c'est le *tissu osseux* et cela pour deux raisons : d'abord pour la fréquence des affections, et en second lieu parce que nombre de manifestations pathologiques, trouvant leur origine dans le tissu osseux, déterminent des troubles d'une grande importance dans tout l'organisme. Mais avant de commencer l'étude pathologique du tissu osseux, il est bon de se rappeler la structure générale des os. Nous ne reviendrons pas sur les nombreux et très intéressants détails donnés par le Dr Walther sur la conformation du tissu osseux, d'après les théories de Robin et de Ranvier. Non seulement il est nécessaire de connaître la vie de l'os, mais il est indispensable de ne pas en ignorer l'accroissement. A ce sujet, de nombreuses théories ont été émises et actuellement il est prouvé que l'os s'accroît d'une part aux dépens du périoste, d'autre part aux dépens du tissu cartilagineux, squelette primitif de l'os. De nombreuses expériences viennent à l'appui de cette théorie ; à citer entres autres celles de Verneuil, qui, après la résection, chez un malade atteint de tumeur du coude, vit l'os se reformer par prolifération périostique. Maintenant que nous sommes familiarisés avec le tissu osseux, il nous est permis de nous demander comment se produisent les différentes affections osseuses qui ont trop souvent une issue fatale.

Cela s'explique. Etant donné que dans les os longs, par exemple, il y a un point faible entre la couche chondroïde et la couche ostéoïde, on peut en conclure immédiatement que nous trouvons là une porte d'entrée. Mais comment l'infection, partant de la périphérie, gagnera-t-elle le centre? La réponse est facile: il y a communication entre le périoste et la moelle, d'une part, au moyen des canaux de Havers, d'autre part au moyen des prolongements fournis par les cellules osseuses.

Nous ne saurions trop engager les étudiants à suivre ces conférences essentiellement pratiques et dont ils retireront le plus grand fruit. A. G.

DÉCORATION DU Dr LABORDE. — Au décret en date du 6 novembre 1901. M. le Dr LABORDE (Fortuné). médecin du ministère de l'intérieur, est nommé chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur.

CORPS DE SANTÉ. Par décret en date du 31 octobre 1901. les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Lahaussois. de Furst. Pélegrin. Spindler. Briole. Benard.

Par décret en date du 5 novembre 1901. M. Durbec. médecin de 1re classe de la marine en retraite a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Toulon.

JUBILÉ DE M. BERTHELOT. — Dimanche 24 novembre à 10 heures du matin, dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne. sous la présidence de M. le Président de la République, aura lieu la remise solennelle de la médaille frappée en l'honneur du jubilé scientifique de M. Berthelot. L'exécution de cette médaille a été confiée au graveur Chaplain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 novembre 1901.

Sur les matières sucrées du sang et leur glycolyse.

MM. LÉPINE ET BOULUD. — Pour un même pouvoir réducteur, le sang du chien a un pouvoir dextrogyre plus faible que le sang du cheval, parfois même il est remplacé par un pouvoir lévogyre ; cela est dû à l'abondance plus ou moins grande de l'acide glycuronique conjugué, dont la présence normale a été démontrée par P. Mayer dans le sang du bœuf et de l'homme, et par les auteurs dans le sang du chien.

Si dans une éprouvette plongeant dans un bain-marie à 39° C. et renfermant du sang défibriné de chien sain, on fait passer de l'oxygène, bulle à bulle, on constate au bout d'une heure : 1° Une diminution notable du pouvoir dextrogyre (ou une augmentation du pouvoir lévogyre : 2° Une forte diminution du pouvoir réducteur : 3° La disparition complète, ou à peu près complète, du sucre fermentescible.

Si l'on fait la même expérience avec du sang défibriné de chien dépancréaté depuis vingt-quatre à trente heures, on observe, au contraire, qu'il n'y a pas de diminution sensible du sucre fermentescible. Ainsi, nous constatons que la différence entre le sang diabétique et le sang normal ne consiste pas seulement dans le fait que le premier conserve mieux son pouvoir réducteur que le second, mais encore dans le fait décisif que. in vitro, après une heure à 39°, le sucre *fermentescible* du sang diabétique n'est pas modifié, tandis qu'il est détruit dans le sang normal.

Si 100 grs. de sang défibriné d'un chien sain sont additionnés de quelques gouttes de chloroforme. et maintenus une heure à 39° (sans faire passer d'oxygène) on observe :

1° une diminution très marquée du pouvoir dextrogyre ou une forte augmentation du pouvoir lévogyre ; 2° une diminution du pouvoir réducteur beaucoup moindre que dans un échantillon témoin (c'est-à-dire sans chloroforme) du même sang ; 3° la conservation d'une certaine quantité de sucre fermentescible.

Ces résultats s'expliquent par la formation in vitro d'acide glycuronique *conjugué* et par la diminution de la glycolyse du sucre fermentescible. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr NETTER.

Ponction sacro-lombaire.

M. CHIPAULT a employé dans 57 cas la ponction sacro-lombaire thérapeutiquement. Neuf fois. elle est restée blanche par ankylose des vertèbres chez un rhumatisant chronique, par œdème gélatineux sous-arachnoïdien. chez des syphilitiques. Dans 25 cas. elle fut sans résultat (hydrocéphalie, tumeur intra cranienne. méningite tuberculeuse, paralysie générale. épilepsie) : dans 14. résultat palliatif dans hydrocéphalie hérédosyphilitique, tumeurs cérébelleuses, infantilisme, méningites tuberculeuses et pneumococciques, épilepsies. Le résultat fut durable dans un cas de rhumatisme ; curatif dans 4 méningites spécifiques et septiques ; en somme, le résultat. sauf dans 4 cas d'affections rares. fut précaire sans utilité bien réelle.

M. NETTER fait remarquer que l'indication symptomatique dans ce cas d'hypertension subsiste, et peut être indiquée en cas de présence septique. mais ne doit pas être appliquée indistinctement.

Lecithines du foie.

M. BALTAZARD a étudié les lécithines du foie à l'état normal et pathologique. Le cobaye en contient normalement 0,85 % ; le lapin 1.30 % ; un homme mort accidentellement 1,28 %. Les lécithines peuvent doubler ou tripler dans les

infections (tuberculose, dipthérie), dans les intoxications par les toxines et les auto-intoxications (urémie, etc). Ces lécithines proviennent du dédoublement de la nucléine des noyaux des cellules hépatiques ; d'autres proviennent des leucocytes détruits par les poisons. Ces leucocytes renferment la lécithine en nature et sont susceptibles d'en produire aux dépens de la nucléine des noyaux.

M. Meillère recherche les acides biliaires dans les liquides organiques et en particulier dans l'urine.

Milieux bactériologiques.

MM. Grimbert et Legros démontrent que le petit lait de Petruchsky renferme toujours du glucose, ce qui le fait virer au rouge par le B. typhique ; ils proposent de le remplacer par une solution peptonée et tournesolée de lactose chimiquement pure de neutralité parfaite.

Aphasie.

M. Touche présente l'autopsie de 3 malades aphasiques à lésions bien déterminées : l'insula a toujours été fortement touchée et ces lésions paraissent jouer le grand rôle dans l'aphasie.

Evolution gastrique par type alimentaire.

M. Weiss a nourri des canards exclusivement à la chair, d'autres au grain ; l'estomac des premiers est devenu conforme à celui des corbeaux, tandis que les canards granivores avaient l'estomac du pigeon : il continue ses recherches en faisant intervenir l'hérédité.

MM. Pagniez et Comes étudient l'action de la chloro-bacillose sur les globules rouges du lapin et montrent l'action antagoniste du sérum humain.

M. Audain étudie le groupement des spermatozoïdes dans les tubes séminifères.

M. Féré étudie les modifications que la fatigue fait subir à l'excitabilité. E. P.

Seance du 2 novembre. — Présidence de M. Railliet.

Stérilisation des objets de pansement.

M. Leseurre présente un procédé de stérilisation des objets de pansement au moyen de la vapeur d'eau saturée sous pression.

Corrélation pathologique des glandes.

M. Dupuy a observé des faits qui semblent démontrer la corrélation entre les affections de la glande thyroïde et les affections utérines et prostatiques. Chez des malades atteints de maladie de Basedow, les affections utérines et prostatiques étaient concomitantes et chez d'autres ces affections se retrouvaient chez les ascendants.

M. Gley rappelle que Hofmeister a signalé, après ablation de la thyroïde. des troubles de l'utérus et du testicule.

Paralysie familiale periodique.

M. Oddo (de Marseille) et Darcourt ont observé la paralysie familiale périodique caractérisée par des crises d'impuissance musculaire complète plus ou moins généralisée, respectant les muscles de la face, accompagnée de suppression des réflexes tendineux et des troubles profonds des réactions électriques avec intégrité de la sensibilité du sphincter et de l'intelligence.

Les troubles de réaction électrique sont remarquables. Diminution et même suppression de l'excitabilité électrique et faradique du muscle et du nerf apparaissent et disparaissent avec les troubles moteurs. Jamais d'altérations quantitatives.

L'altération ne répond à aucune topographie nerveuse radiculaire métamérique. Le muscle semble donc seul en cause, on pourrait rapprocher cette lésion des myotomes familiales, qui rentrent dans le groupe des myopathies familiales fonctionnelles à manifestations intermittentes.

La perte totale de l'excitabilité électrique de la fibre musculaire n'est pas liée forcement à des altérations profondes et plus ou moins durables, mais peut être réalisée par des états transitoires compatibles avec une récupération rapide et totale de la motricité et des réactions électriques.

Sérum antituberculineux.

M. Arloing (de Lyon) note l'action favorisante du sérum antituberculineux sur l'infection par le bacille de Koch en cultures atténuées.

MM. Daignin et Tribondeau insistent sur la valeur de l'examen leucocytaire du sang au cours du kyste hydatique : il y a une eosinophilie particulière.

H. Rosenthal décrit un procédé de culture de microbes anaérobies. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 Octobre.

Le lazaret du Frioul.

M. Bucquoy expose les ennuis multiples auxquels les passagers du *Sénégal* se sont trouvés en but pendant leur quarantaine dans ce lazaret. L'insuffisance de son organisation tient d'ailleurs principalement à l'insuffisance de crédits.

M. Proust est d'accord avec M. Bucquoy sur les améliorations essentielles à apporter. Il y a d'ailleurs eu au Frioul plutôt application défectueuse que manque d'organisation. Le sérum antipesteux est arrivé en vingt heures de l'Institut Pasteur aussitôt la demande télégraphique faite.

La rupture de la rate chez les paludeens.

M. Boinet (de Marseille) rapporte cinq observations intéressantes, car elles prouvent que le mécanisme de la rupture de la rate chez les paludéens est variable suivant les cas.

La rupture dite spontanée de la rate, pendant un accès de fièvre intermittente ou un accès pernicieux, est possible ; dans ces cas, elle est favorisée par le ramollissement, la diffluence, l'énorme tuméfaction. le raptus congestif ; l'augmentation rapide du volume de la bouillie splénique peut distendre et faire éclater la capsule de la rate.

Tantôt cette enveloppe est mince, d'aspect normal ; tantôt elle est épaissie, sclérosée, et a perdu une partie de son extensibilité. Elle cède. elle éclate sous la pression du contenu au niveau des points où l'épaisseur et la résistance sont moindres. Les adhérences si fréquentes de la rate avec le diaphragme et avec l'estomac favorisent la production de la rupture splénique, soit par suite des tiraillements qu'elles exercent, soit par la perte de la mobilité de la rate, qui n'échappe ainsi qu'avec difficulté au traumatisme.

Les altérations, l'hypertrophie, la friabilité de ces grosses rates, observées dans le paludisme chronique ont été des causes prédisposantes de rupture dans les quatre dernières observations.

Seance du 5 novembre.

Le lazaret du Frioul.

M. Proust montre que le lazaret fonctionne aussi bien que le permettent les crédits restreints dont il dispose et que le dévouement du service médical a été toujours, et en particulier dans la récente épidémie du *Senegal*, digne de tous les éloges.

M. Debove relève très spirituellement le contraste entre les taxes sanitaires et les installations faites. En 1900, la recette du produit des taxes sanitaires s'est élevée à 1.529.515 fr. 38 ; le total des dépenses a été de 584.356 fr. 33, soit un bénéfice de 945.159 fr. 05 pour l'année 1900. Si on considère les chiffres des dix dernières années (1891-1900), on voit que l'Etat a touché, comme taxe sanitaire, 13.701.935 fr. 89, et que le total de ses dépenses sanitaires a été de 5.239.075 fr. 86 ; l'Etat a donc réalisé un bénéfice de 8.462.860 fr. 03. Par conséquent, si nos installations sanitaires laissent à désirer. ce n'est pas faute d'argent.

M. Bucquoy demande la nomination d'une Commission qui proposerait les mesures nouvelles à prendre dans le service sanitaire.

M. Brouardel réclame aussi la nomination d'une Commission.

*

Traitement de la tuberculose par le sulfure de carbone térébenthiné.

M. Delorme lit un rapport sur un travail de M. Caromilow relatif à ce traitement. En inhalations et en injections, le sulfure de carbone térébenthiné a parfois déterminé des accidents toxiques. Ses effets semblent très irréguliers.

Les localisations cérébrales.

M. Pitres montre que l'observation rapportée par M. Dieulafoy dans la dernière séance constitue un exemple de plus à ajouter à la longue liste des observations déjà connues dans lesquelles l'épilepsie jacksonienne a été provoquée par une lésion siégeant en dehors de la zone motrice, mais elle ne porte aucune atteinte, ni grave, ni légère, à la doctrine des localisations cérébrales.

D'ailleurs, alors même qu'elle aurait mis en relief un fait imprévu, en opposition apparente avec les notions que nous possédons aujourd'hui sur la spécialisation fonctionnelle des différents territoires corticaux, on ne devrait lui accorder qu'une valeur démonstrative très restreinte, parce qu'elle se rapporte à un cas de tumeur et que les tumeurs encéphaliques, quelque bien limitées qu'elles paraissent, produisent toujours un mélange de phénomènes de destruction, de compression et d'irritation qui rend extrêmement difficile l'analyse et l'interprétation de leurs réactions pathologiques.

Il faut, disait Charcot, les étudier avec curiosité parce qu'elles ont un immense intérêt clinique, mais les exclure impitoyablement des données relatives à l'étude des localisations cérébrales parce que leur complexité ne permet pas, pour le moment du moins, d'en tirer aucune déduction physiologique précise.

M. Championnière insiste sur le rôle diagnostique de la trépanation. Dans l'observation de M. Dieulafoy, la tumeur n'existait pas au niveau de la zone motrice, mais elle en était voisine : en outre, la région motrice a paru saine à l'autopsie ; mais si l'on était intervenu chirurgicalement, on eût probablement trouvé cette région hyperémiée ou enflammée, ce qui est suffisant pour provoquer l'épilepsie. L'opération eût pu être utile en diminuant la compression cérébrale, en faisant cesser l'épilepsie et en laissant au traitement spécifique le temps d'agir.

Séance du 12 novembre.

Le lazaret du Frioul.

M. H. Monod expose les charges croissantes du service sanitaire, charges qui entraînent pour son fonctionnement des difficultés réelles.

M. Bucquoy, au milieu de ses critiques sur l'organisation matérielle du Frioul tient à rendre plein hommage au dévouement du service médical.

M. Léon Colin signale la nécessité du débarquement immédiat pour les navires contaminés. Les abris des lazarets doivent donc être suffisants.

M. d'Astros écrit de Marseille que le laboratoire départemental possédait près de deux litres de sérum antipesteux mais que ce sérum ne fut pas demandé.

Mais le vrai mot de toute cette discussion semble dit par la Société sanitaire maritime de France qui, dans une lettre adressée à l'Académie, réclame plus d'indépendance et plus d'autonomie pour les médecins sanitaires maritimes. Ils doivent être les maîtres dans leur lazaret.

Les crachoirs de la gare du Nord.

M. Périer communique un petit fait de détail, mais d'une grande importance générale, car il montre toutes les lacunes de notre éducation hygiénique. La Commission de la tuberculose a mis en tête des conclusions qu'elle a votées la nécessité de ne plus cracher par terre. Elle a invité les Compagnies de chemins de fer à établir des crachoirs dans les locaux qui servent à leur exploitation, notamment dans les gares.

La Compagnie du Nord a de suite répondu à cet appel : non seulement elle a installé dans la gare de Paris des crachoirs conformes aux modèles préconisés par la Commission de la tuberculose, mais elle en a confié le service à des infirmiers de profession, très au courant des mesures propres à se préserver eux-mêmes de la contagion à laquelle ce service pouvait les exposer.

Ces crachoirs sont installés depuis un an environ. Comme il fallait s'y attendre, ils ont été l'objet de plaisanteries faciles, et ont soulevé des objections d'autant plus prétentieuses qu'elles venaient de personnes plus ignorantes de la question. Toutefois, on a dû reconnaître que depuis le début de l'installation les crachoirs de la gare sont restés fort peu utilisés.

Pour être fixé par des chiffres, j'ai prié M. le chef des services de la gare de Paris, M. Averlant, de vouloir bien faire faire un relevé exact. Répondant à mon désir, il a établi une surveillance auprès de deux des crachoirs situés dans deux des endroits des plus fréquentés, et aux moments où la circulation est la plus active.

Voici les résultats obtenus :

Dates et heures de la surveillance.	Voies.	Nombre de personnes passées devant les crachoirs	ayant craché à terre.	ayant utilisé les crachoirs.
18 Octobre	6	625	3	2
De 5 h. soir à 5 h. 30	12	315	8	1
19 Octobre....	6	450	12	1
De 8 h. 30 m. à 9 h.	15	410	7	1
20 Octobre........	6	630	9	néant
11 h.30 m. à 11 h. 45.	12	580	4	1

On voit par ce tableau qu'il faudra encore bien du temps avant qu'une crainte salutaire de la poussière des crachats ait pénétré dans l'esprit des masses.

En réalité, il faudra encore plusieurs années avant que tout ce qui a trait à la prophylaxie de la tuberculose, sanatorium, antisepsie, soit bien compris en France. Et il faudra, comme en Allemagne, reprendre toute l'éducation antituberculeuse ab initio, c'est à dire par l'école.

De l'influence de l'eau sur la production des calculs.

M. Delbecq (Gravelines) a enlevé par la taille sus-pubienne des calculs chez trois enfants dont l'un n'était âgé que de vingt-cinq mois. Or, ces trois enfants buvaient l'eau de la nappe souterraine, et l'auteur n'a pas trouvé de calculeux chez les individus qui boivent une eau différente, notamment l'eau de pluie recueillie dans les citernes.

Statistique de la clinique Baudelocque.

M. Pinard présente la statistique de son service. Sur 2.200 accouchements le nombre des décès a été de 18, ce qui fait une mortalité moyenne de 0.50 %. (*Applaudissements*).

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre 1901. — Présidence de M. Reclus.

De la prostatectomie.

M. Albarran ne se rallie point aux conclusions qui découlent du rapport de M. Tuffier, à savoir que la prostatectomie périnéale est rarement indiquée et qu'elle constitue une intervention assez sérieuse ; l'auteur pense au contraire qu'elle est très fréquemment indiquée et que les contre-indications sont rares : il considère comme telles, des lésions rénales bilatérales, la périprostatite intense, la cystite, la cachexie urinaire ou un mauvais état général d'autre nature. L'opération n'est point grave, puisque, sur 16 cas où M. Albarran est intervenu depuis le mois d'avril, il a enregistré 16 succès et ses malades étaient tous dans d'assez mauvaises conditions, âgés de 58 à 70 ans, rétentionnistes depuis longtemps et présentant, quelques-uns, des prostates énormes ; enfin les résultats thérapeutiques paraissent satisfaisants, puisque plusieurs de ses malades, suivis depuis l'intervention, vident leur vessie, quand ils veulent et sans sonde.

M. Bazy se demande si cette dernière formule n'est pas exagérée : les malades de M. Albarran ne sont opérés, les premiers, que depuis 6 mois. et il est prématuré de proclamer leur guérison. Il serait prudent, pense M. Bazy, de ne point se leurrer outre mesure, comme on l'a fait pour les autres interventions que l'on a appliquées à l'hypertrophie de la prostate (castration. résection des canaux déférents).

M. Routier présente la même objection et fait observer de plus que souvent l'obstacle ne réside point dans la prostate. mais dans le muscle vésical.

M. Albarran répond à ce dernier point en faisant justement remarquer qu'il n'enlève la prostate que dans les cas où elle constitue un obstacle et le plus souvent on voit la contractilité vésicale revenir alors que depuis longtemps on la croyait perdue.

Luxation de l'astragale.

M. Walther presente un rapport sur une observation de M. Brossard. du Caire, concernant une luxation traumatique de l'astragale. et que ce chirurgien traita par l'extirpation de l'os ; le résultat fut fort satisfaisant ; 4 mois après la malade put déjà marcher avec une canne, et un peu plus tard sans canne. M. Brossard a dû laisser. intimement adhérent au ligament latéral interne, un fragment de l'astragale qu'il ne put enlever. dont la radiographie semble montrer l'existence et auquel il attribue l'excellence du résultat. M. Walther n'est point de cet avis.

M. Quenu en a la certitude et ce beau résultat n'a rien qui doive étonner. c'est la règle ponr ainsi dire, quand l'opération est bien conduite.

M. Berger fait observer que laisser un fragment d'os ne saurait avoir que des inconvenients ; il a opéré plusieurs luxations de l'astragale avec succès ; mais il a pu réduire. au contraire, des luxations sous-astragaliennes.

M. Kirmisson montre que dans la radiographie, on constate en effet la présence d'un noyau osseux qui doit être un fragment laissé par le chirurgien et non de l'os néoformé, étant donné l'âge du malade (40 ans.)

Corps etranger de l'œsophage.

M. Lejars fait un rapport sur un cas de corps étranger de l'œsophage, opéré par M. Sébileau. Il s'agissait d'une pièce d'un sou. siégant dans l'œsophage depuis 24 jours. M. Sébileau fit l'œsophagotomie externe d'emblée : il fit une incision basse. et il constata quel'œsophage, absolument méconnaissable. n était qu'un feutrage intimement adhérent à la carotide primitive : il incisa donc en avant.

Ce temps de la reconnaissance est toujours difficile et M. Lejars fait remarquer que le meilleur moyen est de saisir ce qui se trouve entre la trachée et la colonne vertébrale.

M. Sébileau laissa une petite ouverture et mit un drain : conduite sage dans le cas présent, mais, dit M. Lejars, quand les tissus sont sains. il vaut mieux réunir.

Séance du 5 novembre 1901. — Présidence de M. Reclus.

De la prostatectomie.

M. Tuffier pense qu'il y a un peu d'exagération dans la formule de M. Albarran : que toutes les hypertrophies de la prostate ne sont pas opérables. et qu'en particulier l'hypertrophie du lobe médian, ou du moins des glandes cervicales. qui forment obstacle au-devant du canal, sont justiciables de la voie sus-pubienne.

Complications intra-craniennes de l'otite moyenne aiguë.

M. Broca lit un rapport sur 2 observations de M. Imbert, de Montpellier ; dans le 1er cas. il s'agit d'un malade déjà trépané et dont les accidents persistèrent ; on fait une trépanation de la fosse temporale et l'on constate une thrombose du sinus lateral qui est traitée par le curettage et le drainage : les symptômes alarmants continuent : des accidents locaux se montrent dans la région carotidienne ; une ligature est placée sur la jugulaire thrombosée et l'on obtient la guérison.

Dans le 2e cas, on fait encore une trepanation secondaire par suite d'apparition et de persistance des symptômes cérébraux ; on ne trouve que des lésions de méningite ; la malade guérit d'ailleurs : mais M. Imbert se demande si, dans le cas présent, il n'était pas indiqué de faire une ponction.

De la rachi-cocaïnisation.

M. Legueu a eu à déplorer tout récemment deux morts après cette méthode d'anesthésie ; et cependant dans les deux il n'y a eu rien de changé. ni dans la méthode employée ni dans la cocaïne.

Dans le 1er cas il s'agit d'une rupture du tendon du triceps, opéré trois jours après l'accident : le malade était dans de fort mauvaises conditions, très gras, à face vultueuse, emphysémateux, cardiaque avec un bruit de galop et athéromateux ; aussi M. Legueu, pendant 2 jours, pesa le pour et le contre pour déterminer le choix de l'anesthésique. On fit au malade une injection lombaire de moins de 0.02 gr. de cocaïne : 10 minutes après on put commencer l'intervention, mais presque aussitôt le malade présenta des signes d'agitation. quelques mouvements convulsifs, et la mort fut ponr ainsi dire instantanée. L'autopsie n'a pu être faite.

Dans le 2e cas c'était un malade atteint de hernie inguinale étranglée, avec un état général très grave ; ce dernier fait paraissait à M. Legueu être une indication pour la rachicocaïnisation, M. Fredet lui fit l'injection ; 6 minutes après le malade présenta des signes d'anxieté, des sueurs froides, de la dilatation pupillaire, des vomissements et 12 minutes après l'injection il était mort.

A l'autopsie on ne constata rien de particulier du côté de la hernie : cœur arrêté en systole : quelques infarctus pulmonaires à droite, rien au système nerveux ; dans les reins. lésions minimes. Le malade était donc mort de syncope bulbaire.

M. Legueu conclut de ces faits qu'il y a pour la rachicocaïnisation des indications et des contrindications que nous ne connaissons pas bien et qu'il faut, par conséquent, une grande prudence dans les doses et de la sévérité dans le choix des malades.

M. Kirmisson se demande pourquoi M. Legueu n'a pas eu recours à la cocaïne locale pour opérer ces deux malades.

M. Legueu répond qu'il n'a pas assez l'habitude de manier la cocaïne locale, et qu'il n'a, pour cette raison, que des résultats mauvais.

M. Reclus demande à ses collègues d'étudier la question de façon à employer l'anesthésie locale dans les cas de ce genre, où elle est véritablement souveraine.

Presentation de pièces.

M. Quénu présente une pièce fort intéressante d'épithélioma d'une trompe ; cette affection, souvent méconnue, se caractérise par un écoulement séreux, continu, chez une vieille femme, présentant les signes d'une salpingite : il est très important de savoir diagnostiquer l'affection. car sa constatation exige une ablation totale de l'utérus et des annexes.

Schwartz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Seance du 8 novembre 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Troubles pupillaires des anévrysmes aortiques.

M. Babinski présente des malades atteintes d'anévrysme de l'aorte qui offrent des troubles pupillaires. Or, ces malades ont en outre des signes de tabes. M. Babinski insiste pour que l'on recherche si les signes pupillaires de l'anévrysme de l'aorte sont toujours la conséquence de l'irritation du sympathique par la tumeur vasculaire et si le plus souvent ils ne sont pas dus à une affection latente comme le tabes.

Ladrerie.

MM. Marie et Guillain présentent une femme qui porte sur les bras et les épaules de petites tumeurs kysteuses. Le contenu de ces tumeurs examiné, on y a constaté la présence de cysticerques. Cette malade est donc atteinte de ladrerie. Une particularité à noter. c'est que ces tumeurs ordinairement indolentes, sont douloureuses chez cette ma-

lade. En outre, elle n'a jamais eu le tœnia mais son mari en a été récemment atteint.

Hystérie sénile.

M. Marie présente un homme de 72 ans atteint d'hémiplégie hystérique avec hémispasme de la langue. Ce malade a été atteint pour la première fois à la suite d'un accident à l'âge de 40 ans. Il offre tous les signes de l'hystérie : hémianesthésie, attaques convulsives. Ces dernières s'accompagnent d'éjaculation et la pression des testicules arrête les convulsions.

M. Marie présente encore un malade atteint de troubles trophiques consécutifs aux applications des rayons de Roentgen (alopécie, altération de la peau).

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse fait remarquer qu'ignorant jusqu'en 1897 la préparation de la toxine pure typhoïdique, la sérothérapie n'avait pu faire de sérieux progrès. M. Chantemesse montre la difficulté de juger la valeur d'un traitement de la fièvre typhoïde, car cette maladie affecte des formes de gravité très variable. Il faut donc un nombre considérable d'observations pour obtenir un résultat valable. M. Chantemesse donne les résultats de son expérience de la sérothérapie typhoïde ; il n'a soigné que des malades graves. Si l'on fait l'injection de sérum de bonne heure, la température tombe rapidement. Après le 8e jour ordinairement, il y a une défervescence nette, mais la fièvre typhoïde reprend comme dans une rechute. Parfois, si l'injection est tardive, trop faible, ou si l'infection est trop intense, la défervescence ne se produit qu'au bout de quelques jours, puis il arrive que la maladie reprend le dessus et la température s'élève. Une nouvelle injection a raison de cette récidive. Parfois ces rechutes laissées à elles-mêmes deviennent plus intenses que la première atteinte, on dirait que l'injection a fait une sélection des microbes, laissant vivre les bactéries les plus virulentes. L'injection sérothérapique arrête les symptômes de la maladie, la pression sanguine augmente, la polyurie survient. Les injections d'eau salée ou de caféine avec l'injection de sérum peuvent amener la contracture du cœur. M. Chantemesse conseille en outre, dans les formes graves, la balnéothérapie froide qui n'a besoin d'être appliquée que durant quelques jours. Quand le rein est sain avant la déclaration de la fièvre typhoïde, le sérum ne détermine pas d'albuminurie. Les complications dans les cas traités par le sérum sont rares : néanmoins la sérothérapie n'empêche guère la perforation de l'intestin. Le sérum antidiphtérique est préventif, antiinfectieux, antitoxique.

L'injection de sérum se fait au pli du coude, on injecte 14 à 15 centimètres cubes le plus ordinairement au début. Lorsque la maladie est avancée, il faut tenter de plus petites doses, qu'on renouvelle. L'administration des bains froids et surtout des boissons abondantes (eau pure, tisane) est nécessaire. M. Chantemesse conseille de laisser arrêter la diarrhée par la diète hydrique durant un jour ou deux, puis il administre au malade du suc de viande obtenu avec une presse. Le sérum est inoffensif et on peut ainsi l'appliquer avant même que le diagnostic soit nettement établi dans les cas où les malades sont atteints de fièvre augmentant chaque jour et accompagnée d'insomnie.

Le sérum est, à l'heure actuelle difficile et long à préparer. M. Chantemesse n'apporte que des faits et non une affirmation. Il demande à ses collègues de bien vouloir essayer la sérothérapie et de la juger ensuite. (*Applaudissements prolongés.*)

J. N.

Distinctions honorifiques. — A l'occasion de la distribution des récompenses des cours professionnels de l'École dentaire de Paris et de l'assemblée générale de l'Association des agents et sous-agents des postes et des télégraphes (groupe lyonnais), ont été nommés : *Officiers d'Académie* : MM. le Dr Roy, professeur à l'École dentaire de Paris ; Dr Bertrand, médecin du Dispensaire du XVIIe arrondissement de Paris ; Dr Duprey, délégué cantonal, à Chateau-Chinon (Nièvre) ; Dr Jabois, pharmacien, à Paris ; Dr Ponc[illegible]t, délégué cantonal, à Aulezy (Nièvre).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 9 novembre 1901. Présidence de M. Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 35. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. le Président annonce que M. Polaillon est retenu au lit par une maladie grave : au nom de la Société, il forme des vœux pour son prompt rétablissement.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. *Gazette médicale de Paris. Archives de thérapeutique.* Compte rendu des séances du Congrès de médecine tenu à Nancy en 1901.

Pas de correspondance manuscrite.

M. Buret lit, au nom de M. Godleski, membre correspondant national au Bugue (Dordogne), une communication ayant pour titre : **Deux cas d'influenza anormale.**

M. B..., facteur des postes, âgé de 69 ans, d'une bonne constitution, a eu les fièvres intermittentes à La Guadeloupe à l'âge de 22 ans et une sciatique à l'âge de 54 ans. Dans l'intervalle de ces deux maladies, sa santé a été bonne.

Le 6 juillet dernier, il est pris de fièvre avec coryza, céphalalgie et bronchite. Il est soigné par le docteur de Laulanié, qui ordonne le traitement ordinaire de l'influenza : quinine, antipyrine, prises de menthol. L'état ne s'améliorant pas, je suis appelé en consultation le 15 juillet. La céphalalgie violente, le délire et quelques vomissements faisaient craindre une méningite. J'examine le malade, qui répond vaguement à mes questions, la gorge et la bouche sont recouvertes de mucosités grisâtres, épaisses ; l'auscultation fait percevoir des râles bronchiques généralisés ; la température est de 39°2, le pouls est irrégulier. La peau est le siège d'une légère teinte ictérique.

Nous prescrivons pour le lendemain un cachet de calomel et de scammonée, lavages fréquents de la bouche et du pharynx avec une solution de résorcine.

Le 18 juillet, l'ictère a augmenté et prend tous les caractères de l'ictère grave : le délire est constant, le malade a saigné du nez et crache du sang, les vomissements sont fréquents : le foie est volumineux et dépasse le rebord costal de 4 centimètres. La céphalalgie est moins intense ; la gorge et la bouche sont débarrassées des mucosités, la muqueuse est très rouge. Nous prescrivons le calomel à doses fractionnées et faisons continuer les lavages de la muqueuse pharyngo-buccale.

Le 20 juillet l'ictère a un peu diminué, les urines sont moins acajou, mais le délire persiste et les épanchements de sang continuent. La céphalalgie est toujours intense. Nous prescrivons des injections de sérum artificiel et des lavements de deux litres d'eau bouillie trois fois par jour additionnés de deux cuillerées à café de chlorure de sodium.

Le 22, la céphalalgie a beaucoup diminué, le délire aussi : le malade se trouve mieux, l'ictère a presque disparu : le pouls est moins irrégulier : température 38°. Continuation des injections de sérum et des lavements.

Le 24, la céphalalgie a augmenté : les urines sont acajou : l'ictère est plus marqué et l'on observe des mouvements convulsifs. Nous ordonnons le changement de logement, le malade ayant infecté la chambre et se trouvant près de cabinets ayant une odeur pénétrante. Continuation des injections de sérum et des lavements.

Le 26, sous l'influence du changement de milieu, le malade se trouve beaucoup mieux : l'ictère diminue, la température est de 37°5 : le pouls est plus régulier, le délire et les mouvements convulsifs ont presque disparu.

Le 28, état plus satisfaisant encore : le foie a repris son volume à peu près normal ; il n'y a plus qu'une teinte subictérique, le malade est lucide.

Le 5 août, la convalescence se déclare et le patient demande à prendre un potage.

Depuis lors, la guérison s'est confirmée peu à peu, la faiblesse seule a persisté longtemps : l'appétit s'est développé

progressivement et le malade a repris son service le 6 octobre.

Cette observation a pour caractère spécial la répercussion de l'influenza sur le foie qui a présenté tous les symptômes de l'ictère grave. Au point de vue thérapeutique nous avons à noter l'action bienfaisante des injections de sérum artificiel et surtout du changement de chambre, dont j'ai eu bien souvent à constater les heureux effets dans les maladies infectieuses.

L'observation suivante me paraît encore plus intéressante :

M. P..., âgé de 36 ans, employé d'agent de change, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est pris d'influenza le 18 octobre 1898 avec fièvre, coryza et bronchite ; température 39°2.

Le 23 octobre, rémission de la fièvre et des symptômes bronchiques.

Le 24 octobre, frisson, douleur subite des plus intenses à l'abdomen, à droite et en bas, péritonisme, vomissements, tous les symptômes de l'appendicite, température 39°5. Application continue de glace sur la partie malade, potion à l'extrait thébaique.

Le 25, l'abdomen est sensible à la pression dans presque toute son étendue et se météorise : nous voyons le malade avec le docteur Lancereaux qui prescrit des injections de morphine pour calmer la douleur. Continuation du traitement.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore légèrement, le péritoine n'est plus sensible à gauche, mais la douleur et la sensibilité persistent à droite.

Le 30 octobre, cessation brusque des symptômes abdominaux, douleur très vive au côté gauche de la poitrine, oppression très pénible, pleurésie, température 39°6. Injection de morphine.

Le 31, nous revoyons le malade avec le docteur Lancereaux. Application d'un large vésicatoire sur la partie malade : théobromine.

Le 1er novembre on constate un épanchement pleurétique qui persiste jusqu'au 15 novembre.

Le 16 novembre, l'épanchement est à peu près disparu : le malade se plaint d'une douleur à la jambe gauche.

Le 18, la phlébite est déclarée et peu à peu le membre inférieur gauche prend un développement considérable. Il n'y a plus trace d'appendicite ni de pleurésie.

La phlébite suit son cours normal et le 28 janvier le patient commence à se lever.

Le 18 mars l'œdème a à peu près disparu et le malade reprend ses occupations en portant une bande élastique de Velpeau.

Ces deux observations nous paraissent intéressantes ; dans les deux, nous constatons le déplacement, la métastase du bacille de l'influenza sur des organes différents, donnant lieu à des symptômes graves. La seconde paraît confirmer l'origine grippale de l'appendicite ou plutôt prouve que l'appendicite est due à l'influenza. On a discuté beaucoup et longtemps dans les sociétés savantes sur l'origine de l'appendicite et on a émis les opinions les plus diverses sur la cause de cette maladie très fréquente depuis 1899. On a invoqué le vase clos depuis 1890 : il n'est pas plus clos depuis 1890 qu'auparavant. On a rendu responsable la bicyclette ; j'ai soigné beaucoup d'appendicites : aucun de mes malades ne faisait de bicyclette. On a accusé les appareils de cuisine émaillés ; combien d'appendicites déclarées chez des gens ne s'en servant pas. Une seule maladie est nouvelle, c'est l'influenza, dont les complications, les suites, des localisations sont variables et paraissent être les causes de l'appendicite. D'après le docteur Potain, qui nous l'a répété plusieurs fois, l'influenza a modifié nos notions cliniques pour beaucoup de maladies. La pneumonie n'a plus les caractères francs et nets qu'elle avait autrefois. On constate des congestions pulmonaires avec un souffle tubaire vague, des râles sous-crépitants, mais on rencontre bien rarement les trois stades bien caractérisés de la pneumonie franche : râles crépitants, souffle tubaire intense et râles crépitants de retour. Dans les pneumonies que nous sommes appelé à soigner depuis 1889, nous avons presque toujours un caractère infectieux, un état plus congestif qu'inflammatoire et plus dangereux.

Nous avons constaté aussi, à la suite de l'influenza, des cas d'angines de poitrine toxiques, prises pour des angines de poitrines vraies et qui, après un nombre plus ou moins grand d'accès, finissaient par céder, quand l'élimination des toxines était faite.

On ne voyait jamais ces complications dans la grippe ancienne et nous estimons que l'influenza est une maladie importée en 1889, probablement la dengue des pays chauds, dans les pays tempérés, ayant pris une plus grande malignité par le changement de climat.

Mais cette discussion nous entraînerait trop loin ; nous nous bornerons, pour soutenir notre opinion, à rappeler qu'au mois de juin 1889, la dengue sévissait avec intensité dans l'Asie-Mineure. Les journaux de cette époque nous apprenaient que les neuf dixièmes de la population étaient alités par cette maladie. Au mois de juillet, la maladie sévissait à Constantinople avec les mêmes symptômes et le même nom. Au mois d'août, elle était à Odessa, à Kiew et arrivait à Saint-Pétersbourg par le même chemin qu'avait suivi l'épidémie de choléra de 1832. A Saint-Pétersbourg, le nom change on l'appelle l'influenza, les caractères ayant été en partie modifiés par le changement de latitude. De Saint-Pétersbourg, elle passe à Berlin et nous arrive à Paris toujours avec le nom d'influenza.

Aujourd'hui, on dit indifféremment grippe ou influenza. Nous estimons que ce sont des maladies présentant des caractères semblables dans beaucoup de cas, mais qui sont de principes essentiellement différents.

Tel est du moins notre avis et nous serions heureux d'avoir celui de nos honorables collègues de la Société de Médecine de Paris.

M. Rougon ne partage pas l'opinion de l'auteur relativement à la nature et à l'origine récente de l'influenza. Pour lui, c'est l'éternelle grippe dont nous avons eu de violentes épidémies, notamment en l'an XI de la République et en 1833.

M. Glénard, sur les instances de M. le Président, fait une conférence sur le rein mobile (*sera publiée*).

M. le Président remercie M. Glénard.

M. le Secrétaire général propose, pour la séance du 25 janvier prochain, où doit se traiter la grave question des avantages de nos stations thermales, d'inviter officiellement la Société d'Hydrologie à assister à la séance et à prendre part à la discussion. Un intérêt d'ordre national et médical s'attache à cette question ; nous ne devons rien négliger pour donner le plus d'éclat possible à cette séance et nous entourer des personnes compétentes.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 5 h. 45

Le Secrétaire Général,

F. Buret.

L'un des Secrétaires annuels,

Edmond Vidal.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance d'octobre.

Vaste colobome congénital de la paupière supérieure. Blépharoplastie.

M. Morax. — Une blépharoplastie a été pratiquée par l'auteur. Détails de l'opération : libération d'un lambeau à bords parallèles horizontaux faisant suite au segment externe de la paupière colobomateuse. Ce lambeau a été pris jusqu'à la partie moyenne de la région temporale.

Bords des deux lèvres du colobome avivés et suturés : en arrière de l'extrémité temporale on a fait deux incisions pour diminuer autant que possible la traction du lambeau ; on a ensuite comblé les deux incisions par deux lambeaux cutanés pris sur deux condylomes cutanés qui existaient au-devant des oreilles. La blépharoplastie médiane a complété l'opération.

Ptosis accidentel traité par l'opération de Motais.

M. Morax. — A propos de ce cas, il faut remarquer que pendant l'occlusion des paupières, il se fait un mouvement d'élévation du globe qui, après la suture du tendon du droit supérieur à la paupière, entraîne la paupière.

Kératite ponctuée superficielle dans la rougeole.

M. Trautas (de Constantinople) a observé ce genre de kératite 31 fois sur 41 cas de rougeole. Elle se montre en même temps que l'exanthème, dont elle ne serait qu'une localisation.

Recherches cliniques sur l'étiologie du trachome.

MM. Morax et Lakah. — En Egypte, on peut dire que presque tous les indigènes sont atteints de trachome. Les raisons qui ont été données : climat. sable du désert, prédispositions de la race arabe sont douteuses. La diffusion de cette maladie serait plutôt la malpropreté des indigènes qui ouvre la porte à toutes les infections, le premier âge avec l'allaitement, les premières années pendant la période scolaire. Au cours de l'examen que l'on a fait des enfants abandonnés à Alexandrie, et placés en nourrice chez les indigènes, on constate que le quart des enfants est déjà infecté pendant la période d'allaitement. La contamination se fait soit par les nourrices qui sont en pleine période aiguë, soit par les autres enfants confiés à leur garde et déjà infectés du trachome.

Chez les enfants sevrés et recueillis dans un asile, la proportion est de 74 pour 100.

Ces enfants abandonnés sont presque tous des Européens. Pour les enfants arabes des écoles indigènes la proportion est de 80 à 93 pour 100. Ceci démontrerait que la race n'est pas un facteur puissant pour la réceptivité à l'égard de l'infection granuleuse. puisque, ainsi que l'auteur vient de le montrer, les enfants européens se trouvant dans les mêmes conditions que les indigènes sont atteints dans une proportion qui est à peu près aussi élevée.

E. Kœnig.

Conférences d'Ophtalmologie. — M. le Dr F. Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté, commencera, le lundi 18 novembre, à 10 heures 1/2 du matin, à l'Hopital Saint-Antoine, dans le service de M. le Pr Hayem, pavillon Moiana, une série de conférences cliniques et les continuera tous les lundis suivants à la même heure. 1° Examen fonctionnel de l'œil. Ophtalmoscopie clinique, avec malades et exercices par les élèves. 2° Rapports des maladies de l'œil avec les maladies générales.

Cours de cuisine diététique. — M. le Docteur Paul Cornet commencera le lundi 2 décembre 1901, à 10 h. à sa clinique, 180, rue de Vaugirard, une série de conférences sur l'alimentation des malades et la cuisine diététique : modification des aliments par la cuisson et l'apprêt culinaire, aliments pour malades, régimes généraux et spéciaux, administration des aliments, lavements nutritifs, recettes diverses, etc.

Concours de l'externat. — Questions : *Anatomie* : Articulation temporo-maxillaire. — Rapports du rectum. — Diaphragme. — *Pathologie*. Cathétérisme de l'urètre.

XIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

—

Séance du mercredi 23 octobre (matin).

A) La *chirurgie du rachis* donne lieu à une communication de M. Delorme, concernant un cas de compression médullaire cervicale considérée cliniquement comme due à un abcès froid, et reconnue à l'autopsie causée par un tuberculome fibrocaséeux sous dure-mérien adhérent, déterminant une pseudo-compression médullaire. — M. Chipault, d'après 11 cas personnels, a constaté que la méthode épidurale est inférieure à la cocaïnisation sous-arachnoïdienne comme procédé d'analgésie chirurgicale, et qu'elle lui est au contraire supérieure comme procédé d'analgésie médicale (névralgies, névrites, douleurs par compression radiculaire). Il faut 3 ou 4 injections de solutions au 1/100 avant d'avoir un résultat durable — M. Guinard a essayé cette méthode pour calmer les douleurs consécutives à certaines opérations abdominales, mais n'en a obtenu aucun succès. — M. Ducroquet, pour traiter le mal de Pott au début, préconise un appareil plâtré, qui, par ses points d'appuis sous les épaules et sur le bassin permet le libre jeu de la respiration ; on obtient une guérison sans gibbosité.

B) La *chirurgie oculaire* est envisagée par M. Peugniez au point de vue spécial des résultats que peut donner, dans le glaucome, la résection du ganglion sympathique supérieur. Il en a eu un bon résultat dans un cas de glaucome blennorragique. Dans 7 autres cas, M. Chipault en a toujours été très satisfait. — M. Gangolphe montre la valeur de la résection du trépied orbitaire comme moyen d'aborder le globe oculaire très loin en arrière, et d'opérer dans une région d'accès difficile, sinon impossible, par la voie naturelle. Elle lui a permis l'extirpation d'un sarcome de la partie externe de l'orbite et la réparation aisée d'une perte de substance de la paupière inférieure consécutive à l'extirpation d'un épithélioma de l'orbite. — M. Morestin a pratiqué 2 fois cette résection dans un but autoplastique, avec résultat excellent : ce même chirurgien traite le lupus par l'extirpation suivie d'autoplastie : dans 8 cas ainsi extirpés, M. Jourdan n'a observé aucune récidive.

C) A propos d'*uranostaphylorraphie*, M. Girard en relate 60 observations personnelles avec un seul décès. Il est partisan de l'opération précoce (24 mois et au-dessous), parce que le résultat fonctionnel semble meilleur ; cependant, M. Hermann dit qu'il a toujours constaté le rétrécissement de la voûte palatine à la suite de l'opération précoce. — M. Mourl recommande la suture immédiate de la trachée à la suite de trachéotomies faites pour enlever des corps étrangers des voies aériennes, et des néoplasmes endolaryngiens. — M. Delorme précise les indications de la décortication du poumon d'après la radiographie qui permet de reconnaître d'avance les cas où le poumon est perméable ou non. — M. Bougle, dans 2 cas, a employé avec les meilleurs résultats le procédé de Schede dans les empyènes chroniques : il a procédé en 2 séances espacées et a pris soin de supprimer le cul-de-sac costo-diaphragmatique. — M. Delagenière pense qu'on a beaucoup exagéré la gravité du pneumo-thorax survenant au cours d'une opération sur le poumon. Il est bénin s'il se produit lentement, et constitue alors un moyen de combattre efficacement l'hémorragie pulmonaire. — Faisant le relevé de 57 ablations de sein cancéreux, M. Le Dentu en a retrouvé 16 qui ont vécu plus de 3 ans, dont 1 plus de 12 ans.

Séance du 23 octobre 1901 (soir).

Cette séance, consacrée à la chirurgie du tube digestif, donne lieu à un certain nombre de communications sur les interventions *stomacales*, *intestinales* et sur les *hernies*.

A) quatre orateurs parlent de la *chirurgie stomacale* : Terrier, Montprofit, Vautrin, Pantaloni ; ils sont d'accord pour reconnaître la suprématie que doit prendre définitivement la *gastroentérostomie* sur les autres opérations. Même dans le cancer, elle peut et doit être préférée à la pylorectomie. C'est qu'en effet, elle est aussi palliative, et beaucoup moins grave

que la résection du néoplasme. Quoique curative dans son but thérapeutique la pylorectomie n'est en réalité que palliative, dès lors, pourquoi ne pas s'adresser d'emblée à l'anastomose. Mais il faut que cette gastroentérostomie soit faite aussi précocement que possible. Il faut, en outre, pour la grande majorité des affections stomacales, s'adresser sans tarder au traitement chirurgical, car le traitement médical est nul le plus souvent. Les erreurs de diagnostic constatées par l'examen biologique démontrent que cette partie de la clinique est encore à l'état embryonnaire. Maintes fois, un cancer diagnostiqué fut opératoirement reconnu ulcère calleux ou gastrite plastique et inversement. Bien plus, dans un cas signalé par Mauclaire, où l'examen histologique de la pièce fut fait, le doute persista, quelques histologistes déclarant qu'il y avait cancer, d'autres qu'il y avait linite plastique. Finalement, c'est la clinique qui, par un examen post-opératoire très éloigné, fit revenir à l'hypothèse de néoplasme. Pantaloni semble donc dans le vrai, lorsqu'il dit que tout est à faire dans cette voie et que, seule, la chirurgie opératoire nous permettra de reprendre et d'élucider complètement cette branche de la pathologie, comme le fait s'est passé pour la pathologie pelvienne. Relativement à l'opération principale de la chirurgie gastrique, la gastroentérostomie, il est intéressant de savoir qu'un certain nombre de complications décrites sous le nom de *circulus vitiosus* s'expliquent par des adhérences pariéto-intestinales, véritables occlusions intestinales, qui dans un cas, ont nécessité une deuxième intervention libératrice suivie de succès. Enfin, malgré son élégance, la gastroentérostomie postérieure transmésocolique ou de von Hacker, est supérieure aux autres, en particulier à celle de Roux, dite en Y, parce qu'elle est plus simple et plus courte dans son application.

B) En fait de *chirurgie intestinale*, le traitement des *anus contre nature*, peut, dit M. le Dentu, se borner à l'intervention de Dupuytren améliorée. Dans trois cas, en effet (anus ombilical, inguinal et vaginal), cette opération fut suivie de succès, alors que l'entérectomie, d'après les meilleures statistiques, donne encore une mortalité élevée. Pourquoi, dès lors, ne pas commencer par le plus simple.

Les *entérectomies pour cancer* du gros intestin, principalement pour néoplasme du cæcum et de l'S iliaque, ont donné à M. Gouilloud 5 guérisons sur 6 cas, ce dernier ayant été opéré pendant une crise d'occlusion ; à M. Souligoux, 2 guérisons sur 3 cas. L'absence de récidive fut constatée 3 ans, 1 an, 5 mois, 4 mois et 3 mois après l'opération. Le premier de ces chirurgiens considère comme une bonne pratique d'établir une entéro-anastomose latérale avant l'exérèse de la tumeur, point que conteste M. Monprofit : ce dernier fait d'abord l'exérèse large sans s'occuper de la reconstitution des bouts ; puis, abandonnant le champ de bataille, il fait l'anastomose latérale aussi loin que possible du siège des lésions, évitant ainsi l'envahissement de la bouche nouvelle par le néoplasme, complication qui se traduit parfois pas des phénomènes d'occlusion. Un cas intéresssant de cette anastomose latérale est celui que rapporte M. Phocas, en ce sens qu'il concerne une intervention pour *colite muco-membraneuse* grave. Signalons enfin une communication de Reynès concernant une guérison à la suite d'une laparotomie avec suture de 11 perforations déterminées par un seul coup de feu : et une communication de Vidal, qui montre la possibilité de l'empoisonnement stercoral, en cas d'occlusion intestinale, par l'opothérapie entérique.

C) Sur la question des *hernies*, M. Tailhefer à propos d'un cas, donne quelques considérations sur la cystocèle crurale étranglée. M. Berger fait une étude de la hernie interstitielle, et décrit un manuel opératoire très élégant, dans lequel les différents plans anatomiques de la paroi sont individuellement reconstitués en empruntant une lame fibreuse à la gaine du muscle droit. La communication la plus importante est celle de M. Championnière, qui expose les résultats de sa vaste pratique, d'après 1030 cures radicales qu'il a pratiquées, et envisage spécialement la mortalité, la solidité et les récidives observées par lui. Voici d'ailleurs quelques détails sur cet important travail.

L'auteur a pu faire la cure radicale dans toutes les variétés habituelles de la hernie abdominale dans les proportions suivantes : inguinales 868, crurales 82, ombilicales 38, épigastriques 15, éventrations 27.

Chacune des variétés de hernie est susceptible d'une opération qui la fait disparaître. Mais la hernie inguinale est celle qui permet l'opération la plus parfaite. C'est celle pour laquelle la méthode de l'auteur prend le caractère d'originalité le plus satisfaisant. Elle est constituée par trois temps essentiels : destruction de la séreuse extra et intra-abdominale ; suppression de l'épiploon accessible : réparation de la région inguinale non par cicatrices linéaires, comme dans le Bassini et dans le procédé de Berger, mais par lambeaux superposés. Mortalité : sur 1030 cas, tout compris, sept cas de mort soit 0.68 pour cent, dont deux cas pour la hernie épigastrique et une éventration.

Pour la hernie inguinale : 5 morts sur 868 soit 0.57 pour cent. Si nous joignons 82 hernies crurales et 38 hernies ombilicales sans mortalité, cela fait 988 cas avec 5 morts, soit un demi pour cent. Aucun cas de septicémie péritonéale : 3 cas de congestion pulmonaire, deux étranglements par brides anciennes, un tétanos, et une hémorrhagie chez un cardiaque. Sauf le tétanos, la mort résultait toujours d'une tare grave antérieure.

En prenant les jeunes sujets ou enfants et ceux correspondant au service militaire jusqu'à 23 ans ; 319 cas : sans mortalité aucune. Du reste, même tous cas compris, jeunes, bons et mauvais, une série de 265 sans mort et une dernière série qui, je l'espère, continuera, 285 cas sans mortalité. Parmi tous ces faits, rentrent une foule de très mauvais cas et cette opération a été faite par l'auteur avant tout le monde, condition très défavorable.

Bandage. — Sauf pour les dix premiers cas, jamais de bandage, sauf dans des cas exceptionnels dans lesquels la nature de la hernie empêche l'accomplissement parfait des temps de l'opération.

Solidité. — Sur 868 hernies inguinales, on n'a retrouvé que 32 récidives. C'est un chiffre bien petit d'autant que certaines de ces récidives étaient prévues et d'autres sont dues à des efforts trop violents (boucher soulevant un demi bœuf, homme piétiné.)

La présence du gros intestin et surtout un engraissement rapide sont les causes les plus communes de récidive.

En revanche, depuis longtemps, sur des opérés après *un an* jusqu'à *vingt ans*, l'auteur a vu des sujets de toutes sortes restés guéris avec une activité musculaire considérable : débardeurs, militaires, cavaliers, hommes de sport, voire même un acrobate. Après 9 ans, on revit un homme qui s'était fait opérer pour entrer dans une administration ou on le refusait hernieux parce qu'il avait à soulever chaque jour de pesants fardeaux. Aucune récidive rapide après l'opération, 5 mois au plus tôt après un engraissement extraordinaire. Pour la hernie crurale, 4 cas de récidive sur 82, surtout à la suite de couches répétées. Pour la hernie ombilicale, 3 récidives. Mais elles sont à coup sûr plus nombreuses : on a observé des cas de guérison bien solide après 8 et 10 ans. Les éventrations sont plus sujettes encore à la récidive.

Pour l'éventration et la hernie ombilicale, l'auteur conseille le port d'une ceinture. La hernie épigastrique a donné une récidive chez un tousseur. Par contre, on a constaté la guérison des autres et même dans une autopsie après deux ans et demi chez un phtisique resté bien solide. Chez la femme : Hernie inguinale, 96 cas avec une seule récidive. Cette hernie, toujours congénitale est susceptible d'une guérison irréprochable. La cure radicale de la hernie n'est une bonne opération qu'à la condition d'être très minutieuse. Quoi qu'on en ait dit, on rencontre continuellement des récidives. Elles sont dues sans doute à une mauvaise technique, mais aussi à des opérations trop rapidement exécutées Si mauvaise que soit une opération de cure radicale, elle peut donner la guérison. Mais l'opération ne la donne constamment que lorsqu'elle est exécutée avec un soin irréprochable. Je n'ai trouvé la sécurité qu'en appliquant une méthode antiseptique très rigoureuse, et l'acide que j'ai mis dans le ventre n'a jamais donné d'accidents. La complication la plus grave observée, suivie de mort, c'est la conges-

tion pulmonaire. C'est le plus grave ennemi de cette opération. L'étranglement par brides anciennes vient ensuite. L'hémorrhagie épiploïque peut être une grave complication.

Seance du vendredi 25 octobre (matin).

A) *Traitement de l'appendicite.* — Dans un cas, M. Thiéry dut se borner à réséquer partiellement l'appendice dont l'extrémité distale fut exclue et laissée en place, ce qui réalisa un vase clos. Cependant il ne se produisit ultérieurement aucun trouble. — M. Paul Delbet, sur 39 appendicectomies, n'a eu qu'une mort : il est partisan de l'opération à chaud, et dans tous les cas, l'appendice put être enlevé. — M. Tailhefer a observé un cas d'étranglement de l'appendicite dans l'anneau crural, chez une femme souffrant des symptômes ordinaires de cette hernie. L'appendicectomie et la cure radicale furent suivies de succès. M. Championnière a le souvenir d'un cas de ce genre ; l'étranglement de l'appendice hernié est très rare.

B) *Chirurgie du foie.* — M. Legueu, dans 2 cas où il réséqua un néoplasme du foie, reconnut ultérieurement qu'il s'agissait de syphilome. Dans ces 2 cas et grâce à l'hémostase du foie au catgut, l'opération a été suivie de succès. Par un cas analogue, M. Frœlich appuie les remarques du précédent orateur.

C) *Chirurgie de l'utérus.* — M. Demons recommande l'hystérectomie abdominale dans certains cas de gros polypes fibreux qu'on serait tenté de traiter par la simple polypectomie, car cette dernière ne donne pas un succès définitif.

M. Peyrot a abandonné l hystérectomie abdominale totale pour la subtotale avec fixation du moignon à la paroi. Bien qu'il ait eu dans 1/5e des cas infection légère de la paroi due à un suintement du moignon, il a obtenu 30 guérisons sur 80 cas.

Comme lui, M. Bouilly est partisan de l'hystérectomie abdominale subtotale dont il apporte 94 cas avec 5 morts seulement, dont 3 doivent être attribuées à la gravité des lésions plutôt qu'à l'acte opératoire.

Sur 22 autres fibromes opérés par l'hystérectomie vaginale, il a eu 1 mort. M. Ruissel a fait 39 hystérectomies abdominales totales et 18 vaginales totales pour fibromes par le procédé Doyen avec autant de succès que de cas. Cependant, dans quelques circonstances, la myomectomie abdominale conservatrice peut suffire, comme le démontre Monprofit, d'après 17 cas heureux.

M. Chenieux attire l'attention sur les difficultés du diagnostic de certaines grossesses compliquées de tumeur fibreuse ou kyste. Il faut, dit M. Berthomier, opérer les gros fibromes au début de la grossesse. Il arrive parfois que la vessie ou l'uretère se trouvent blessés au cours de l'intervention. C'est ce qui est survenu dans un cas rapporté par M. Delannoy. Il fit l'implantation de l'uretère sur le col vésical ; la malade guérit.

Lorsque l'inversion utérine ne peut être réduite chirurgicalement, il faut faire l'hystérectomie, c'est ce que dut faire M. Gross dans 3 cas, dont un fut opéré par l'abdomen. Cette même voie abdominale est également recommandée par Legueu dans l'hystérectomie par prolapsus utérin ; il fixe le moignon cervical à l'angle inférieur de la plaie et termine par une colpo-périnéorraphie. Dans la même séance, M. Haizel rapporte un cas curieux où des accidents ont été causés par un utérus bilobé tombé derrière le rectum, et pris pour une tumeur des annexes. La malade a été hystérectomisée par voie haute et a parfaitement guéri.

Séance du vendredi 25 octobre 1901 (soir).

M. Broca expose le traitement des *adenites tuberculeuses*, question dont il est rapporteur. Le problème est complexe, le rôle de l'état général, de l'état local, du sexe, de l'âge, du siège, de la condition sociale, de la cicatrice post-opératoire, ne permettent pas une formule absolue. A) La médication *generale* et, en particulier l'air marin, peuvent suffire, mais ils ne sont pas à la portée de tous les malades, et ne sont guère considérés que comme un adjuvant. Cependant la grande majorité des adénopathies est justiciable de ce traitement s'il est institué à temps. B) Les injections interstitielles modificatives ne sont recommandables que sous la forme de naphtol camphré ou d'éther iodoformé. Elles conviennent dans les cas de poches suppurées, donnent un meilleur résultat que l'incision avec curettage. Dans les grosses masses hypertrophiques, elles constituent un traitement lent et incertain, qui peut être dangereux si l'on pique à l'aveuglette, qui laisse enfin, après la suppuration provoquée, des cicatrices plus disgracieuses que l'extirpation. C) L'*extirpation* est la méthode de choix dans des formes lymphomateuses : elle est facultative en cas d'*adenite monoganglionnaire caseeuse*, puisqu'elle laisse une cicatrice, mais elle redevient impérieuse dans les régions cachées ; elle est facultative dans les adénités *multiganglionnaires caseeuses* sans périadénite, bien que l'auteur la crùt préférable ; enfin elle reprend encore ses droits dans les adénites fistulisées, c'est-à-dire génératrices de cicatrices disgracieuses, mais après l'échec constaté de la désinfection par pansement propre, et l'échec du traitement général. Or, ici, contrairement aux autres chirurgiens, l'orateur pense que l'extirpation est toujours possible, même en ces cas les plus complexes. D) La mortalité de l'extirpation est nulle. Les déviations par section musculaire sont exceptionnelles ; les lésions nerveuses et paralysies n'ont aucun effet fâcheux ; la généralisation tuberculeuse n'est pas à craindre ; l'entrée de l'air dans les veines ne repose sur aucune observation probante ; la ligature aseptique de la veine jugulaire, lorsqu'elle devient nécessaire, n'est suivie d'aucun inconvénient. De tous les reproches dont on accuse l'extirpation, celle-ci n'en mérite qu'un, c'est la fréquence des récidives qu'on peut évaluer à 50/100 ; mais, par contre, pour 50 à 60 p. 100 des cas, on réussit à enrayer en quelques semaines une lésion qui, sans l'extirpation, aurait continué à évoluer, à grossir, à suppurer, à se fistuliser.

Dans la discussion qui suit ce rapport, M. Demons insiste sur la différence qu'il convient d'établir entre le traitement des adénites tuberculeuses de l'enfance, et celui des adultes ; le premier ne nécessitant aucune intervention ; l'autre réclamant une opération :

M. Berger n'est pas pour l'extirpation, car elle est dangereuse, elle récidive dans 30 p. 100 des cas ; enfin elle laisse des cicatrices incurables, quelquefois chéloïdiennes. Dans les adénites suppurées, il préfère l'injection de naphtol camphré à l'éther iodoformé, qui lui a donné des accidents graves. Au contraire, M. Duret est très partisan de d'extirpation chez les adultes, qu'il a pratiquée 76 fois sans le moindre accident. En procédant largement, par l'ablation des ganglions, de leurs coques ganglionnaires, et des tissus voisins, en s'aidant du *morcellement*, on évite les récidives. M. Tédenat insiste sur la tuberculose ganglionnaire revêtant la forme du lymphôme classique ; M. Reynier parle de l'entrée de l'air dans les veines qu'il a observée une fois, le 8e jour. M. Bœckel apporte de nombreux cas d'extirpation sans accident, M. Chénieux, est partisan de l'extirpation de toutes les tuberculoses locales. A l'inverse de cette manière de voir M. Mauclaire montre que certaines adénites dérivatives doivent être respectées. A l'échec du traitement médical, il fait l'extirpation en pratiquant la ligature préliminaire de la veine jugulaire. Cependant, la blessure de ce vaisseau est rare, puisque M. Ménard ne l'a observée que 3 fois sur 250 cas. Il se contenta de mettre une pince à demeure pendant 48 heures et l'incident n'eut aucune suite. M. Calot est très abstentionniste. M. Coudray pense que l'extirpation peut être suivie de généralisation. M. Péraire a pu vérifier la porte d'entrée de ces adénopathies tuberculeuses dans les fosses nasales, le rhino-pharynx, la bouche, les dents. Il pratique volontiers le curettage dans les formes suppurées. Enfin M. Delorme montre que le traitement maritime n'est pas aussi souverain qu'on le dit puisqu'il a constaté fréquemment la tuberculose ganglionnaire chez des soldats provenant de pays maritimes. M. Broca termine la discussion en réfutant à nouveau l'argument cicatrice, de M. Berger : l'entrée de l'air dans les veines, de M. Reynier : la valeur du traitement maritime, de M. Calot : la non-légitimité du nouvellement, de M. Duret : inutilité de la ligature présentive de la jugulaire, de M. Mauclaire.

QUESTIONS DU JOUR

Assistance, traitement et éducation des enfants arriérés et nerveux.

Les enfants *normaux* malades ont été l'objet de créations multiples. Par exemple, pour les enfants scrofuleux, rachitiques, tuberculeux, on construit chaque année des sanatoria. Mais, les enfants réputés *anormaux* sont moins bien partagés, surtout ceux qui composent le groupe le plus considérable, les *idiots intellectuels et moraux* (pervers et instables). Il ne se passe pas de jour sans que les feuilles politiques n'enregistrent des actes délictueux commis par eux ou dont ils sont les victimes : beaucoup d'« enfants martyrs » sont des malades au point de vue mental ou moral.

La *Petite Gironde* du 11 septembre, sous ce titre : *L'odyssée d'une fillette*, raconte que Madeleine Chauvet, âgée de 11 ans, avait été confiée par le directeur de l'hospice de la Rochelle à une ménagère de Croix-Chapeau, que celle-ci l'ayant envoyée faire une commission à l'extrémité du village, elle ne revint plus. Après recherches, on découvrit l'enfant rôdant sur la route de Dompierre. *Elle ne paraît pas jouir de toutes ses facultés intellectuelles.*

Le même journal, parlant des affaires jugées à l'audience correctionnelle d'Angoulême, cite deux cas analogues. Le premier concerne un enfant de treize ans, domestique, qui avait placé des tas de pierres sur la voie ferrée au pont du Chemin-Vert. « Cet enfant a l'aspect inintelligent, répond à peine à l'interrogatoire ; c'est un petit malheureux qui n'a pas compris certainement la gravité de son acte. » Le second cas se rapporte à un enfant de *neuf ans* qui, lui, depuis plusieurs années déjà, a la manie du vol. Il comparaît pour un nouveau délit.

Ces trois faits prouvent la nécessité d'hospitaliser les enfants anormaux. La fillette était une proie qui s'offrait sans défense à la lubricité. Le premier garçon a failli causer un accident de chemin de fer qui, fatalement, aurait fait des victimes. La manie du vol (kleptomanie) du troisième, peut aboutir à des crimes contre les personnes. Multiplier ces faits serait facile.

Aujourd'hui, grâce à l'active propagande faite par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, depuis bientôt 25 ans, la question prend corps, malheureusement plus à l'étranger, où ses travaux sont appréciés, qu'en France, où, cependant, est né le système de traitement et d'éducation de ces enfants déshérités. Aux médecins qui, jusque dans ces derniers temps, étaient seuls à s'en occuper, se sont ajoutés quelques pédagogues instruits. Et la situation des enfants anormaux (idiots, imbéciles, arriérés, etc.) a été l'objet de rapports très intéressants, de discussions sérieuses au *Congrès de la Ligue de l'enseignement*, aux *Congrès internationaux d'Assistance publique* et de *Psychiatrie*. A ces enfants, victimes de l'hérédité nerveuse (1) ou spécifique, de l'alcoolisme ou des accidents de la grossesse et de l'accouchement, la société doit venir en aide, d'abord parce qu'ils sont incapables de subvenir à leur existence, sont dans leur famille une occasion de trouble, une lourde charge : puis, parce que leur maladie les pousse à commettre des actes délictueux, ou qu'ils peuvent être des instruments de crimes pour des criminels, ou enfin servir inconsciemment à assouvir les passions de brutes, d'où grossesse et nouvelle charge pour la société. Il faut donc hospitaliser ces enfants, et l'argent consacré à leur hospitalisation sera, certes, mieux employé qu'en frais de justice, de correction et de prison.

Mais il y a encore mieux à faire pour eux. On doit les soigner, les traiter, les éduquer. Ce n'est que par exception que les plus profondément frappés sont incurables. La plupart sont susceptibles d'amélioration à des degrés divers, même jusqu'à l'état normal. L'expérience l'a démontré.

A l'appui, laissant de côté ce qui se fait à l'étranger, il suffira de rappeler à grands traits la pratique de la section des enfants de Bicêtre pour les familles pauvres et de l'**Institut médico-pédagogique**, à Vitry-sur-Seine, près Paris, pour les familles riches.

Prenons, comme exemple, un enfant des plus malades, malpropre, ne marchant pas, incapable de s'aider de ses mains, par conséquent de manger, de se laver, de s'habiller seul, ne prononçant aucun mot, et voyons ce qu'en fera le *Traitement médico-pédagogique*.

Par une observation attentive de ses besoins, et en le plaçant à des heures régulières sur le vase, on le rend propre. Avec les exercices de la balançoire-tremplin, des barres parallèles, on lui apprend à se tenir debout. Avec le chariot ou en le tenant sous les bras, on parvient à le faire marcher. Arrivent alors les exercices des échelles et des ressorts (*éducation de la main*), qui le préparent à apprendre à se déshabiller, à s'habiller, à se laver la figure et les mains, à employer la cuillère, la fourchette et le couteau.

Notre enfant a fait, alors, de grands progrès, puisqu'il est propre, marche seul, sait s'habiller, se nettoyer et manger seul : il n'a plus besoin d'être aidé, il suffit à ses besoins immédiats. Tous les procédés dans ce but sont complétés par le *massage*, les *frictions stimulantes*, les *bains* et l'*hydrothérapie*, sans compter les médications appropriées à chaque cas. L'éducation du *toucher*, de la *main* est accomplie. Il faut maintenant passer à l'*éducation des autres sens* et de la *parole*. L'énumération des moyens mis à contribution serait trop longue. Mentionnons seulement les *projections* à la lumière oxydrique des lettres de l'alphabet, des chiffres, des figures géométriques, d'images graduées d'animaux ou d'objets divers.

La parole commençant à se développer, l'enfant pouvant *nommer* les personnes et les objets usuels, on passe aux *leçons de choses* portant sur les différentes parties du corps, de l'habillement, sur le mobilier du dortoir et du réfectoire, sur les aliments, etc. Ensuite ont lieu les leçons, à Bicêtre, dans les jardins, à l'*Institut médico-pédagogique*, dans les jardins et le parc. Pour faciliter ces leçons de choses, les fleurs, les arbustes, les arbres, les carrés de légumes, etc., sont pourvus d'*étiquettes* nominatives. Un *tableau roulant* permet au maître de compléter les explications.

Au point où nous sommes, nous n'avons plus affaire à l'*être végétatif* du début, mais à un enfant qui s'élève d'échelon en échelon vers l'état normal. C'est alors que viennent les notions d'*instruction primaire* où prédomine toujours l'enseignement objectif. Chaque jour il y a une leçon de *chant*. Aux exercices physiques s'ajoutent la gymnastique des mouvements, aux échelles convexes, horizontales, avec les haltères, etc., la *danse*, et plus tard, *l'escrime*.

Les *jeux*, sous des formes variées, les *promenades*, des *conférences* avec *projections*, contribuent à développer l'intelligence des enfants. Enfin notons l'*enseignement manuel* : menuiserie, serrurerie, typographie, brosserie, vannerie, paillage, cannage, cordonnerie et couture.

Pour certaines catégories, on a recours aux frictions, au massage, aux exercices des jointures. Tous les enfants prennent d'un bout de l'année à l'autre, un ou deux grands bains et un bain de pied par semaine, des douches d'avril à novembre et un certain nombre pendant toute l'année.

C'est à l'ensemble de ces procédés, complétés par le *traitement moral*, que M. Bourneville donne le nom de TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE. Il doit être institué dès qu'on a constaté les premiers signes de l'arriération intellectuelle ; on ne dirige pas un vieil arbre, on ne dresse pas un vieux cheval. Comme il s'agit là de *malades*, le rôle du médecin, dans les établissements de ce genre, qui devraient porter le nom d'*asiles-écoles*, est naturellement prédominant. Les instituteurs, les chefs d'ateliers, auxiliaires indispensables, doivent se guider d'après les indications du médecin. Il faut que les enfants soient occupés et surveillés depuis le lever jusqu'au coucher.

Grâce à sa méthode, le Dr Bourneville enregistre chaque année des résultats remarquables et à Bicêtre et à l'**Institut médico-pédagogique**. Ce dernier établissement, situé au milieu d'un parc superbe, dans des conditions hygiéniques parfaites, reçoit des enfants indisciplinés, nerveux, instables, choréiques, hémiplégiques ou enfin des enfants atteints d'*accidents convulsifs*. Ils sont répartis par catégories, selon leur maladie et leur sexe.

Des renseignements sommaires qui précèdent, il résulte que les familles fortunées, qui ont la douleur d'avoir des enfants arriérés ou nerveux, sont en mesure, par un traitement médico-pédagogique bien dirigé et suffisamment prolongé, d'obtenir l'amélioration et même la guérison de leurs malheureux enfants : c'est là une véritable consolation. Il en résulte aussi que, en ce qui concerne les enfants des familles pauvres ou peu aisées, chaque département a le devoir de créer pour eux des asiles-écoles : c'est là une réforme qui s'impose en France, si nous ne voulons pas rester plus longtemps en arrière des autres pays civilisés.

Dr FREEMANN.

(1) L'influence de l'*hérédité* est incontestable. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les observations insérées dans les 20 volumes des Comptes rendus de Bicêtre. Mais il est certain qu'elle peut être atténuée, sinon tout à fait supprimée, dans un certain nombre de cas, par une médication, une hygiène et une éducation appropriées.

Séance du samedi 26 *octobre* (matin).

M. Delannoy, à propos de 2 cas personnels de tumeur maligne de l'ovaire propagée jusqu'à l'utérus, insiste sur la nécessité de l'ablation totale de l'utérus et des annexes dans cette affection. Il se demande même s'il ne serait pas prudent d'enlever toujours l'utérus quand on fait une laparotomie pour kyste de l'ovaire. — M. Paul Delbet a guéri un cas d'abouchement anormal du rectum à la vulve chez une femme de 30 ans, par la transplantation de l'orifice anal. Le résultat fonctionnel au point de vue de la continence fut satisfaisant grâce à la tonicité des releveurs. — M. Souligoux a pratiqué 11 laparotomies pour plaies ou contusions de l'abdomen ; les résultats sont très encourageants lorsqu'on intervient précocement. — M. Chavannaz a réuni 65 observations d'éviscération post-opératoire spontanée dont 2 personnelles, survenues à la suite d'un effort. Le pronostic est sérieux puisqu'il y a eu 14/100 de mortalité. En présence d'un pareil accident, il faut se contenter d'une désinfection très sobre ; et s'il y a une masse épiploïque herniée, il est souvent indiqué d'en pratiquer la résection. — J. Reverdin a guéri une fistule recto-uréthrale congénitale chez un enfant de 8 ans par le dédoublement et la suture réciproque des 2 orifices. — M. Morestin a vu un cas de ce genre. — M. Rochet expose les résultats de la cure radicale des rétrécissements graves de l'urèthre par autoplastie cutanée, d'après 12 cas personnels, qui lui ont donné 4 insuccès. M. Delorme dans un cas a fait cette opération ; il pense qu'au lieu d'emprunter un lambeau cutané, il serait préférable de se servir d'un lambeau muqueux pris sur la muqueuse rectale ou vésicale. M. Faure rappelle que le traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale a donné expérimentalement de bons résultats. Dans un cas de contracture spasmodique du facial, on fit, après section de ce facial, l'anastomose spino-faciale avec plein succès. Un autre cas de M. Morestin est trop récent pour qu'on puisse présumer du résultat éloigné. — M. Cazin a guéri, d'une névrite du moignon d'amputation, une femme qui, sans succès durable, avait été opérée et chloroformisée 12 fois. Il dut faire une réamputation elevée, en réséquant les nerfs aussi haut que possible. Depuis lors, cette femme n'a pas souffert et se considère comme guérie.

Seance du samedi 26 octobre 1901 (soir).

D'abord quelques communications qui ne prêtent pas à la discussion : d'après un cas, M. Guermonprez insiste sur les bons résultats que lui a donnés le traitement non sanglant de la coxopathie par ostéite sèche douloureuse du col ou coxa vara des jeunes campagnards.

D'après un cas, M. Gangolphe montre le parti qu'on peut tirer d'une trochantéroplastie pour pseudarthrose du fémur. Suivent un cas de M. Bilhaut sur une intervention pour fracture communicative de l'avant-bras : un cas de M. Larges sur un doigt à ressort ; des réflexions de M. Guermonprez sur les résultats mauvais que donne ultérieurement l'ablation du médius et de l'annulaire dans les traumatismes de la main. Puis M. Calot s'inscrit contre le traitement de la paralysie infantile par les anastomoses musculaires, auquel il préfère un appareil spécial dans lequel l'action des muscles paralysés est remplacée par des bandes élastiques. Enfin MM. Redard et Ducroquet exposent les résultats heureux obtenus par la réduction non sanglante des luxations congénitales. La radiographie leur a montré qu'il s'agissait bien de reductions vraies et non de transpositions.

Voici maintenant 8 communications qui toutes, sauf la première, donneront lieu à des réfutations, voire même à des exécutions. M. Cazin préconise les amputations économiques portant sur les régions où les battements artériels ne sont plus perceptibles, en cas de gangrène diabétique. Le résultat qu'il a obtenu lui semble supérieur à l'amputation au lieu d'élection. Cependant M. Guinard ne partage pas cette manière de voir. Par contre, il rappelle les bons effets qu'on peut obtenir du cathétérisme des artères.

1. M. Berthomier apporte comme nouveau un procédé rapide de ligature systématique de l'iliaque primitive dans toute désarticulation de la hanche. Or, M. Championnière fait très justement remarquer que la technique proposée est parfaitement banale et classique ; et qu'en outre, la ligature systématique est un complément opératoire absolument inutile. Ce à quoi souscrivent MM. Delorme, Phocas, Tédenat, Gangolphe, d'après leur pratique personnelle concernant des interventions pour ostéosarcomes ou coxalgies graves.

2. M. Calot décrit un appareil plâtré spécial pour coxalgie. A ce propos, plusieurs orateurs cherchent en vain ce qu'il y a de personnel et d'intéressant dans la description de cet appareil.

3. M. Sorel préconise le traitement ambulatoire dans les traumatismes et les opérations sur le membre inférieur, à l'aide d'un tuteur qu'il a imaginé, ce qui soulève les protestations de M. Phocas, qui ne peut admettre en son nom et en celui de ses collègues, qu'on vienne parler de faire marcher un opéré de résection du genou ou de quelque autre intervention sérieuse sur le membre inférieur.

4. M. Thierry a obtenu d'excellents résultats de la suture osseuse dans les fractures et la recommande systématiquement, vu qu'elle seule ne donne aucun cal exubérant. Violentes protestations de M. L. Championnière qui, précisément, a vu dans son service 6 des opérés de M. Thierry dont la longueur du traitement fut bien supérieure à celle de l'immobilisation simple dans un appareil plâtré.

5. M. Meucière apporte un cas rare de guérison opératoire du pied bot chez un homme de 40 ans. Or, M. Championniere n'en est plus à compter les résultats heureux qu'il a obtenus par l'opération sanglante de cette difformite chez l'adulte.

6. M. Meucière donne ensuite comme extrêmement rare un cas d'ostéo-chondrome intra-articulaire déterminant une ankylose du genou en position vicieuse. Cette rareté exceptionnelle se convertit en parfaite banalité si on interprète ce cas comme un exemple de corps étranger ostéo-cartilagineux du genou : formant cal.

7. M. Bilhaut enfin termine la séance en faisant une étude de l'hallux valgus, ou la radiographie lui a permis de découvrir la constante présence de l'exostose sur le côté interne de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil. Mais voici que l'avis unanime des membres présents est que l'exostose en question, d'après les radiographies présentées, n'est autre que le sésamoïde interne normal.

L. Longuet.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Seringuage de l'oreille et canules auriculaires

Par **SUAREZ DE MENDOZA**.

Les indications du seringuage de l'oreille sont, comme on sait, multiples. Pour les médecins qui ne s'occupent pas spécialement des maladies des oreilles, et, à plus forte raison, pour le public, la technique du seringuage peut paraître simple et banale, le choix de l'appareil sans aucune importance ; mais les erreurs commises journellement dans l'application de ce moyen thérapeutique prouvent qu'une injection faite dans de mauvaises conditions peut avoir très souvent de fâcheuses conséquences et parfois même amener de grands désordres. En effet, si l'appareil à injection ne permet pas de lancer dans le conduit auditif, sans brutalité, une quantité suffisante de liquide pour déblayer le fond de l oreille, si la canule est mal appropriée, l'effet de l'injection est insignifiant ou nul, la patience des malades se lasse et l'imperfection de l'instrumentation leur fait croire à l'inefficacité du traitement. Donc, les confrères qui prescrivent le seringuage sans s'inquiéter de la façon dont les injections sont faites, n'obtiennent aucun résultat. La petite seringue uréthrale, cette mémorable, traditionnelle et populaire seringue que tout le monde connaît malheureusement, est absolument

incapable, par suite de sa capacité insuffisante, de rendre les services qu'on lui demande, et pourtant neuf malades sur dix ont recours à ce petit instrument inutile et nuisible que la routine et les pharmaciens ont imposé au public. Pour que les injections soient fructueusement faites, il faudra commencer, tout d'abord, par bannir cet instrument malfaisant et le remplacer par n'importe lequel des appareils pouvant fournir un jet suffisant et la quantité de liquide voulue : seringue, siphon, bock irrigateur ou l'énéma-siphon à maniement mono-manuel que j'ai eu l'honneur de vous présenter dans une de vos précédentes séances.

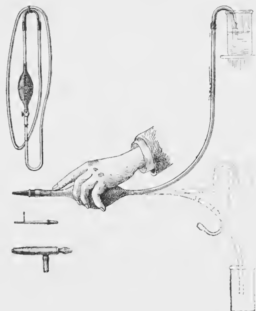


Fig. 48.



Fig. 49.

La seringue uréthrale bannie de la pratique otologique, le malade muni d'un appareil à injection répondant aux desiderata qu'on a le droit d'exiger de ce genre d'instrument, en aura fait un grand pas *vers la suppression du seringuage défectueux*, mais il restera encore un obstacle à vaincre, qui, à première vue, peut paraître insignifiant, puéril, même ridicule, mais qui, en réalité, a une grande importance pour la réalisation d'un seringuage rationnel et qui réside dans le bout de l'instrument. En effet, tous les appareils à injection employés en otologie ont un défaut commun, quand il s'agit de les confier à des mains inexpérimentées : c'est le bout de l'instrument, la canule. Celle-ci est tantôt trop large et ne pénètre pas suffisamment dans le conduit, l'injection est alors purement théorique ; ou bien, elle est trop longue et trop effilée et on court le risque, si on l'introduit trop profondément et sans prendre les précautions nécessaires, de blesser le conduit ou le tympan. Si, au contraire, on manie la canule avec trop de pusillanimité, de crainte de mal faire, on la laisse trop en dehors du conduit et le jet ne pénétrant pas alors avec une force suffisante, le but qu'on se propose n'est pas atteint.



Fig. 50.

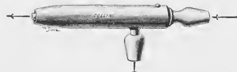


Fig. 51.

Pour obvier à ces inconvénients, j'ai fait construire la canule à arrêt que j'ai l'honneur de vous présenter. Cette canule se compose d'un tube métallique droit et légèrement conique, long de 7 centimètres ; à 1 centimètre 1/2 du bout destiné à pénétrer dans le conduit, se trouve un arrêt aplati, lequel se plaçant au-dessus du tragus a pour but de limiter l'entrée de la canule dans le conduit.



Fig. 52.

L'une des extrémités de la canule, la plus large, se termine par une olive ou plutôt par un cône porte-caoutchouc ; l'autre extrémité, celle qui doit pénétrer dans le conduit, peut être prolongée et doublée à l'aide d'un petit tube en caoutchouc de 5 centimètres de longueur souple et cependant assez rigide pour maintenir la canule dans l'axe de l'instrument, ce qui permet ainsi de diriger le jet à l'endroit voulu et donne pleine garantie que l'injection sera toujours utilement pratiquée.

J'ai l'honneur maintenant de vous présenter une deuxième canule destinée à permettre aux malades de faire de grandes injections sans risquer de mouiller leurs vêtements. Cette canule, dont je me sers depuis

1898 pour de larges injections chaudes chez des malades atteints de sclérose de la caisse, n'est qu'une modification à la canule uréthrale que mon frère et moi avons fait construire il y a quelques années. A l'orifice d'écoulement, j'ai fait adapter un bout métallique sur lequel se fixe un tube de caoutchouc qui conduit l'eau dans un récipient *ad hoc*, évitant ainsi aux malades toute souillure. La canule se compose de deux tubes concentriques, l'eau est amenée par le tube interne et, après avoir exercé son action en un point voulu, s'échappe par le tube externe et va se déverser, à l'aide du tube de caoutchouc qui lui fait suite, dans le récipient. Il est indispensable que le tube central ou d'irrigation soit 1 millimètre 1/2 plus long que celui de l'extérieur,

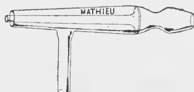


Fig. 53.

car autrement, il pourrait arriver que le double courant s'établisse dans l'intérieur de la canule fermée par la peau du conduit gonflée, par la sécrétion épaissie ou par du cérumen et alors l'illusion du lavage est complète, bien qu'en réalité une seule goutte d'eau n'ait pas pénétré dans le conduit. Lorsque le tube central est plus long, s'il vient à se boucher, le courant s'arrête et le lavage illusoire ne peut pas s'établir.

Cette canule, bien entendu, ne doit être considérée que comme un adjuvant de la canule à arrêt, qui doit être la seule employée lorsqu'il s'agit de faire une injection détersive et copieuse, soit pour enlever des corps étrangers du conduit, soit pour enlever les exsudats visqueux de l'otite moyenne purulente.

(1) Les canules dans ces diverses figures sont adaptées à notre enéma-siphon ; il va de soi qu'elles peuvent être adaptées à n'importe quel appareil à injection.

VARIA

Les circonscriptions hospitalières.

Le conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa dernière séance du 6 novembre, a émis le vœu de la conservation de la division de Paris en circonscriptions hospitalières pour l'admission des malades dans les hôpitaux. Les circonscriptions hospitalières sont nécessaires si l'on considère l'hôpital comme un établissement d'assistance ; elles permettent au malade d'être soigné dans son quartier, et lui épargnent les fatigues d'un trop long transport ; en outre, elles facilitent les visites des parents ; elles éloignent de l'hôpital les gens trop aisés ; ces derniers ne tiennent en effet nullement à laisser savoir à leurs voisins qu'ils ne craignent pas de voler à l'Assistance publique la place d'un indigent. Ces raisons ont été suffisantes pour engager le Syndicat des médecins de la Seine à demander le maintien des circonscriptions hospitalières. Cette mesure de l'Administration, bien que relativement récente, était tombée en désuétude, au moins pour les services de chirurgie ; on prête à M. le Directeur de l'Assistance publique l'intention de la remettre en vigueur, d'où une levée de boucliers dans le milieu des chirurgiens des hôpitaux.

Les adversaires des circonscriptions prétendent, et nous les croyons de bonne foi, qu'on enlève ainsi au malade la faculté de choisir son médecin. Nous pensons que cette objection hâtive n'est pas très sérieuse. Les malades peuvent conserver le choix des médecins de l'hôpital dont dépend leur circonscription, et quant au chirurgien, nous nous permettrons de faire remarquer que personne, à moins d'être fort riche, ne peut à ce sujet faire absolument son choix. D'ailleurs, le malade qui est admis, pour être traité, dans le service X.. ou Z..., peut-il être certain qu'il sera soigné par le chirurgien lui-même, par ses assistants ou par ses internes ? Ce n'est pas un reproche que nous formulons ici, car nous désirons que les assistants et les élèves aient une part très active dans le traitement des malades ; mais que les adversaires des circonscriptions hospitalières ne viennent pas invoquer le droit que le malade a au choix de son médecin et qu'ils se souviennent que l'hôpital est surtout fait pour ses malades, et ne devrait être ouvert qu'aux indigents et aux nécessiteux.

J. Noir.

La ligue antitabagique.

En Amérique, en terre classique de la liberté, les États de Michigan et de l'Illinois viennent d'adopter une loi interdisant la vente et l'introduction des cigarettes et papiers à cigarettes. Dans un autre État : Virginie, les débitants de cigarettes sont taxés à 100 dollars par an. Plusieurs autres états ont interdit, ce qui est autrement humain, le débit des cigarettes et cigares aux enfants âgés de moins de 16 ans. Le Texas interdit sur son territoire l'introduction et la vente des cigarettes. Pourquoi en France ne surveillerait-on pas un peu mieux les débitants de tabac qui vendent à des bambins de 10 ans à peine des cigarettes au détail et d'infects cigares d'un sou.

Actes et Thèses de la Faculté

Examens. — Lundi 18. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). (1e *Série*). MM. Lannelongue, Jalaguier, Mauclaire. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1e *partie*). (2e *Série*). MM. Terrier, Delens, Walther. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Fournier, Gaucher, Teissier. — 2e *Sages-femmes.* MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Mardi 19.—3e *de Doctorat.* (1re *partie*) Oral (n. r.) MM. Pozzi, Quenu, Bonnaire. — 5e *de Doctorat.* (1re *partie*). MM. Guyon, De Lapersonne, Faure. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (1e *Série*). MM. Dieulafoy, Dupré, Renon. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (2e *Série*). MM. Joffroy, Thoinot, Gouget.

Mercredi 20. — 3e *Oral.* (1e *partie*) (a. r.) MM. Lannelongue, Reclus, Potocki.

Jeudi 21. — 2e *de Doctorat.* MM. Mathias-Duval, Gley, Richaud.

Vendredi 22.—4e *de Doctorat.* (n. r.) MM. Pouchet, Thoinot, Teissier. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1e *Partie*). (1e *Série*). MM. Tillaux, Poirier, Legueu. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1e *partie*). (2e *Série*). MM. Terrier, Walther, Mauclaire. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Landouzy, Wurtz, Widal. — 5e *Obstétrique* (1re *partie*). MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 23.—3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (n. r.) MM. Cornil, Mery, Hanriot. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (1e *Série*). MM. Debove, Vaquez, Thiroloix. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (2e *Série*). MM. Charrin, Achard, Launois. — 5e *Obstétrique.* (1re *partie*). MM. Budin, Potocki, Demelin.

Thèses. — Mercredi 20. — MM. Dentillac. Etude sur la splénomégalie dans les différentes périodes de syphilis acquise. — Chazet. Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule. — Vergez. Contribution à l'étude des occlusions intestinales en rapport avec la grossesse et le travail. — Launay. Les relations nosologiques de la chorée des femmes enceintes. — Sayol. L'enseignement secondaire classique dans ses rapports avec la médecine. — Renou. Complication rare de la fièvre typhoïde (pylophlébite suppurée).

Jeudi 21. — MM. Villaret. Etude sur des urines de goutteux. — Ayrignac. Etude du chimisme gastrique dans les dermatoses ; rapport du chimisme urinaire et du chimisme gastrique. — Cauton. Etude sur une variété antérieure des luxations de l'épaule. — Le Dosseur. Des troubles intellectuels consécutifs à l'intoxication oxycarbonique.

Le nombre des étudiants en médecine en Allemagne. — Les journaux allemands ont publié la statistique suivante du nombre des étudiants en médecine en été 1901.

Munich, 1.351 étudiants ; Berlin, 1.066 ; Vienne, 948 ; Leipzig, 539 ; Freibourg, 480 ; Wurtzburg, 474 ; Kiel, 431 ;

Berne, 406 ; Genève, 351 ; Zurich, 305 ; Heidelberg, 293 ; Strasbourg, 283 ; Gratz, 269 ; Breslau et Tubingen, 259 ; Prague, 220 ; Lausanne, 181 ; Iéna, 162 ; Rostock, 125. (*Ascherson's univers. Kalender Deutsche medizinal Zeitung.*)

A. Guillaumin.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des bronchites chroniques.

Diminuer la toux, modifier les sécrétions, détruire les agents pathogènes, amener la cicatrisation des régions ulcérées, augmenter l'appétit et relever ainsi l'état général, voilà les indications les plus importantes du traitement des bronchites chroniques, même d'origine tuberculeuse. L'hélénine de Korab remplit fidèlement ces indications. Le Dr de Korab, dans une communication adressée à la Société de Biologie, a démontré que cette substance était un modérateur du système reflexe et par conséquent de la toux, un modérateur de la nutrition et un agent eupeptique. Son action sur les glandes, et tout particulirèement sur celles de la muqueuse bronchique, a été démontrée par Cl. Bernard et Vulpian. M. le Dr de Korab, dans une communication à l'Académie des Sciences, et le Dr Pillate, dans sa thèse, ont mis en lumière les propriétés microbicides de l'hélénine ; son élimination par les voies respiratoires active la réparation des lésions ulcéreuses qui ont pu s'y produire. Ce médicament doit se prescrire sous forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

NOUVELLES

Concours pour des emplois de suppléant dans les écoles de médecine et de pharmacie de Rennes, d'Angers et d'Amiens.— Par arrêté en date du 6 novembre 1901, un concours s'ouvrira le 7 juillet 1902 devant l'école supérieure de pharmacie de l'université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes. — Par arrêté de même date : Un concours s'ouvrira le 12 mai 1902 devant la faculté de médecine de l'université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 15 mai 1902 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

Emploi de surveillant en chef des Asiles. — « Célibataire, « 30 ans, de bonne éducation, 9 ans de services militaires, 11 cam- « pagnes, ayant fait un stage de surveillant chef à l'asile de Blois, « recommandé par les Docteurs Doutrebente et Archambault, de « Tours, recherche place de surveillant en chef. »

S'adresser au Docteur Doutrebente ou au Docteur Archambault, Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Tours (Indre-et-Loire).

Les Miracles de Silly-sur-Seulles. — *Le revers de la médaille.* — Nous avons raconté que le sieur Henri Morel, hôtelier à Silly-sur-Seulles, avait été guéri d'un mal de vessie par l'intercession de Marie Martel et l'application d'un morceau du bois de l'arbre du champ Lepetit dans lequel ont eu lieu les apparitions. Nous n'inventons rien, car Henri Morel a raconté sa guérison miraculeuse dans une longue lettre adressée à Monseigneur l'évêque de Bayeux, aussi incrédule que nous en cette circonstance. Mais il parait qu'aujourd'hui la vessie de ce bon monsieur Morel fonctionne de plus en plus difficilement et qu'il va avoir, de nouveau, recours à Marie Martel et à son morceau de bois. L'infortuné malade attend ce second miracle avec une vive anxiété, car, s'il ne se produisait pas, les médecins devraient l'opérer. Comme on le voit, toutes les médailles ont leur revers, même celle de Silly-les-Miracles. (*Bonhomme Normand* du 7 au 12 septembre 1901.)

Chronique des Hôpitaux

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le Professeur Alfred Fournier commencera ce cours le mardi 19 novembre à dix heures, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 47. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 23 NOVEMBRE 1901

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les formes anatomiques du Spina bifida.

Par le Dr André LAPOINTE.

Tout fut obscur dans l'histoire du spina bifida jusqu'à l'époque où on chercha son interprétation dans le mode de formation embryonnaire de la moelle et du rachis. Cruveilhier, un des premiers, défendit la théorie de l'arrêt de développement et chercha la cause de la fissure osseuse dans une adhérence pathologique du tube médullaire avec les téguments. La tumeur résulte de la production de liquide dans les méninges ou dans la moelle elle-même et constitue les deux grandes variétés de spina bifida kystiques connues sous le nom d'*Hydrorachis externe* et d'*Hydrorachis interne*.

Il est possible, en effet, de faire rentrer dans ces deux groupes tous les spina bifida kystiques. Mais la conception classique a conduit à ranger sous le nom d'hydrorachis externe des cas très différents les uns des autres et qu'il importe de séparer complètement. On sait que, dans cette espèce, on a de tout temps observé des cas où la moelle, sortant du rachis par la fissure osseuse, vient adhérer au fond du sac. Qu'ont fait la plupart de ceux qui, dans ces conditions, ont traité le spina bifida par l'extirpation de la poche ? Ils ont ouvert latéralement celle-ci, détaché les cordons nerveux et la moelle au ras de leur insertion apparente à la paroi et réséqué toute la partie de la tumeur débordant la fissure osseuse. En opérant de cette façon, ils ont souvent enlevé sans s'en douter, tout un segment de moelle étalé dans la paroi dorsale du sac au-dessous de son point d'insertion apparente, et ce qu'ils ont pris tant de soin à réduire dans le rachis, ce sont des racines séparées de leurs centres médullaires. Une classe de spina bifida kystique avait en effet échappé aux anciens observateurs. Dans celle-ci, la moelle est restée partiellement dans son état primordial de nappe médullaire ; elle ne s'est pas fermée en tube épendymaire. Refoulée par l'hydrorachis externe, elle s'étale et forme elle-même une partie de la paroi dorsale de la poche. Cette variété importante a été surtout précisée par la minutieuse description qu'en a donnée Recklinghausen (1) dans le mémoire, encore trop peu connu en France, qu'il a consacré à l'étude des différents types de spina bifida. Du reste, la distinction du spina bifida kystique en hydrorachis externe ou interne est basée sur un caractère d'ordre secondaire ; l'état kystique n'est qu'un élément inconstant, surajouté à la difformité antérieure et primordiale de la région dorsale de l'embryon.

I. — DÉVELOPPEMENT DE LA MOELLE ET DU RACHIS. — Pour saisir les caractères anatomiques et la genèse des variétés multiples de spina bifida, il est nécessaire d'avoir présentes à l'esprit, les différentes phases de l'évolution embryonnaire de la moelle et du rachis. Organe ectodermique, la moelle apparaît dès que commence la séparation des trois feuillets du blastoderme. C'est une des formations embryonnaires les plus précoces, qui commence à se différencier bien avant la segmentation des masses protovertébrales, première ébauche mésodermique du rachis membraneux. Dès les premières heures de l'incubation, l'axe cérébro-spinal apparaît sous la forme d'une dépression longitudinale de la région médiane du dos. Cette *gouttière* ou *nappe médullaire* est limitée par deux épaississements ectodermiques, les *crêtes* ou *replis médullaires*. Le rapprochement progressif et la coalescence de ces deux replis constituent le tube médullaire. L'ectoderme, en voie de différenciation nerveuse, passe donc d'abord par deux phases successives. Simultanément, s'est accomplie de chaque côté de la chorde dorsale la segmentation du mésoderme en masses protovertébrales. Par un processus actuellement bien élucidé, mais dans le détail duquel je ne puis entrer, le centre de chaque protovertèbre fournit une masse de cellules mésodermiques à fonction spéciale, et désignée sous le nom de *sclérotome*. Les cellules des sclérotomes prolifèrent, gagnent la ligne médiane et se répandent peu à peu autour de la chorde, pour lui constituer un étui mésodermique complet. Elles se répandent de même autour de la moelle embryonnaire, et quand les crê-

(1) RECKLINGHAUSEN. — Untersuchungen ueber die Spina Bifida, (*Virchow's Archiv. für path. Anat. u. Physiol.* 1886. T. CV. p. 243, 296 et 373.)

tes médullaires se sont soudées, les cellules des sclérotomes qui pénètrent dans leur épaisseur, forment une couche interposée au tube médullaire et au feuillet cutané. Cette progression dorsale des sclérotomes n'est pas étrangère à la fermeture de la gouttière ectodermique ; elle pousse l'une vers l'autre les crêtes médullaires, jusqu'à coalescence.

A cette époque, la moelle, en forme de tube, possède donc une enveloppe mésodermique complète, aussi bien du côté dorsal que du côté ventral, mais cet enveloppement s'est accompli progressivement de la face ventrale à la face dorsale. On ne saurait trop insister sur la précocité de ce phénomène, telle que, d'après Kollmann (1), le passage de la première à la deuxième phase est déjà fait sur les embryons humains de 2 mm. 6.

Dans une troisième et dernière phase, les parois du tube épendymaire sont le siège d'un travail actif d'histogenèse qui réduit de plus en plus le calibre de la cavité et aboutit à la forme définitive de la moelle adulte. En même temps, la zone mésodermique, au contact des éléments nerveux, se transforme en méninge molle, tandis que la zone périphérique constitue deux couches distinctes, la dure-mère et la paroi postérieure du rachis membraneux. Enfin, les *myotomes*, dérivés des protovertèbres comme les sclérotomes, envoient à leur tour un prolongement dorsal qui s'engage entre le rachis membraneux et la peau, pour constituer les muscles dorsaux du tronc. Deux points encore doivent être rappelés. Le premier, c'est que la fermeture du tube neuro-épithélial ne marche pas partout d'un pas égal Elle se propage, en ce qui concerne la moelle, de la nuque à la queue. Le segment le plus longtemps ouvert du canal de l'épendyme correspond précisément à la dilatation normalement persistante qu'on désigne sous le nom de ventricule de Krause. C'est là que les éléments formateurs présentent la moindre activité. Ainsi s'explique suffisamment le siège de prédilection de toutes les variétés de spina bifida. Enfin, la moelle n'allonge pas autant que le rachis. Jusqu'au troisième mois, les deux organes ont un accroissement égal ; puis le rachis croît plus vite que la moelle : d'où, l'ascension de celle-ci, et comme on sait, l obliquité descendante des racines et la formation de la queue de cheval. Le filum terminale est tout ce qui reste du segment sacro-coccygien de l'axe nerveux étiré par cette ascension.

De ce qui précède, retenons avant tout les trois étapes successives du développement embryonnaire de la moelle et du rachis. D'abord à l'état de nappe étalée sur le dos de l'embryon, l'axe nerveux se constitue en tube ; puis sa gaine mésodermique se différencie progressivement de la face ventrale à la face dorsale pour constituer la paroi postérieure du fourreau méningé et du rachis membraneux. L'activité formatrice peut manquer de l'énergie suffisante pour parcourir cette évolution d'un bout à l'autre, et l'aplasie atteindra à différents degrés les éléments ectodermiques et mésodermiques. C'est là que nous trouverons la clef des anomalies primordiales qui, complétées par l'hydrorachis péri ou intramédullaire, constituent les trois grandes variétés de *spina bifida kystique* décrites par Recklinghausen sous les noms de *myéloméningocèle*, *myélocystocèle* et *méningocèle*.

Après les avoir étudiées, nous verrons comment à ces

(1) Kollmann. — Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte des Menschen 1898.

formes habituelles de spina fida se rattachent le *spina bifida à tumeurs solides* et le *spina bifida non kystique*, généralement décrit depuis Virchow et Recklinghausen sous le nom de *spina bifida occulta*.

Quant à la difformité si improprement désignée sous le nom de *spina bifida antérior*, je la laisserai complètement de côté. Au sens propre du mot, il n'y a qu'une espèce de spina bifida : c'est la fissure de l'arc épineux, et le terme jure quand on l'applique au défaut de réunion des parties latérales des corps vertébraux. Cette malformation très rare, d'un intérêt à peu près purement tératologique, est liée vraisemblablement à une anomalie dans l'évolution de la chorde dorsale et de la partie ventrale des sclérotomes.

II. — Les myélo-méningocèles. — On doit ranger sous ce nom tous les cas de spina bifida kystiques dans lesquels la moelle, pénétrant dans l'intérieur de la poche, vient adhérer à la paroi dorsale du sac.

Ainsi compris, le groupe des myélo-méningocèles se partage en deux groupes secondaires, suivant que le tissu médullaire est à nu sur le sommet du sac, ou séparé, au contraire, de l'extérieur par un revêtement cutané complet. A la première variété seule, Recklinghausen a réservé la désignation de myélo-méningocèle ; mais nous verrons que de l'une à l'autre forme il n'y a en réalité qu'une différence de degré.

Dans la myélo-méningocèle de Recklinghausen, le sac porte au centre de sa paroi dorsale un segment de moelle persistant à l'état de nappe médullaire primitive, mais n'est en réalité que la variété kystique d'un type plus simple, dans lequel l'anomalie primitive, non compliquée d'hydropisie, est réduite à l'ouverture d'un segment limité du tube épendymaire. Ce *Rachischisis*, qui serait plus explicitement nommé *myélo-rachischisis* constitue un type primordial dans la série des difformités médullaires : un segment de moelle présente une disposition morphologique analogue à celle de la plaque médullaire pendant les premières heures de l'incubation. Déjà vue par Pouchet (1), l'absence de coalescence dorsale des deux crêtes médullaires a été étudiée plus tard par Dareste (2) Koch (3), puis Tourneux et Martin (4). Dans leur mémoire, si important dans l'histoire du spina bifida, ces deux auteurs ont bien saisi comment l'hydrorachis externe pouvait s'ajouter au myélo-rachischisis pour constituer une tuméfaction kystique, saillante en arrière du canal vertébral. Toutefois, comme nous le verrons, ils n'ont pas constaté de nappe médullaire à nu sur le sommet du kyste. C'est Recklinghausen qui, le premier, a déterminé les caractères de cette variété kystique du myélo-rachischisis.

Le myélorachischisis peut atteindre toute l'étendue de l'axe neural. Cette monstruosité, naturellement incompatible avec l'existence et habituellement associée à l'anencéphalie, représente le degré le plus élevé de la difformité. Elle est restreinte, chez les fœtus viables, au segment inférieur de la moelle. On conçoit que la zone où le processus formateur est normalement le moins actif soit celle aussi où apparaisse le plus facilement son insuffisance. Sur la ligne médiane du dos des embryons monstrueux atteints de rachischisis,

(1) Pouchet. La phylogénie cellulaire. *Rev. Scientif.* 1875.

(2) Dareste. Production artificielle des monstruosités (2e édition, 1891).

(3) Koch. Beitrage zur Lehre der Spina Bifida (*Inaug. Dissert.* Kassel 1881.

(4) Tourneux et Martin. Contribution à l'histoire du Spina bifida (*Journal de l'anatomie*, 1881, t. XVII. p. 1.)

on trouve une mince membrane translucide, limitée par deux replis verticaux saillants. Dans l'épaisseur de cette nappe médullaire mal différenciée, les éléments nerveux sont rares : l'évolution histogénétique ne s'est pas plus faite que l'évolution morphologique ; il peut y avoir amyélie complète.

L'embryon de 8 mm., étudié par Tourneux et Martin, était un bel exemple de persistance partielle de la plaque médullaire. « Le tissu médullaire, étalé et baigné directement par les eaux de l'amnios, se compose presque exclusivement de myélocytes qui se continuent sur les limites du tissu médullaire avec les cellules de l'épiderme. La transition est asssez brusque, sans zone intermédiaire appréciable. Le tissu médullaire est de plus en continuité directe avec le feuillet moyen : les éléments de la moelle s'enchevêtrent progressivement avec ceux du feuillet moyen » (1). A une époque plus avancée, les éléments mésodermiques sous-jacents à la plaque médullaire prennent les caractères des méninges. Le myélo-rachischisis est ainsi définitivement constitué, et, chez le fœtus, quand la chondrification, puis l'ossification auront envahi les corps des vertèbres membraneuses, la difformité, à l'état parfait, présentera les caractères suivants : la fente vertébrale est masquée par une membrane qui tranche par son aspect sur tes téguments périphériques. De coloration rougeâtre et d'aspect velvétique, elle rappelle la membrane céphalique des monstres acrâniens ou anencéphales. De forme ovalaire, à grand diamètre vertical, elle simule une surface ulcérée que tapissent des bourgeons charnus : cette confusion a été très fréquemment commise, et d'autant plus facilement que, par suite de l'inflammation surajoutée, des sécrétions purulentes recouvrent toujours cette pseudo-ulcération, qui laisse en outre suinter la sérosité céphalo-rachidienne.

Sur les pièces bien conservées, on constate à la loupe que l'aspect velvétique est dû à des houppes vasculaires rappelant la disposition des plexus choroïdes pie-mériens. Au milieu, un sillon plus ou moins marqué aboutit à chaque extrémité de la zone centrale, à son pôle crânien et à son pôle caudal. A chacun de ces pôles, une petite fossette, centre d'irradiation des houppes vasculaires, conduit dans le segment antérieur crânien et dans le segment postérieur caudal, du canal central fermé. La fossette du pôle caudal n'est pas toujours reconnaissable, soit que la difformité porte sur l'extrémité même de la moelle, soit qu'il n'existe plus qu'un *filum terminale* imperméable. Du reste, le canalicule communiquant peut être oblitéré.

Les coupes microscopiques de cette zone sont remarquables par l'extrême abondance des vaisseaux sanguins. Ils viennent de la profondeur, d'une couche conjonctive qui tapisse la face ventrale de la plaque médullaire et présente tous les caractères de la méninge molle. Les mailles de ce réseau vasculaire sont occupées par du tissu nerveux. Les cellules et le réticulum fibrillaire de la névroglie, contenant dans ses mailles des cellules nerveuses ou ganglionnaires, des fibres à myéline, caractérisent très nettement cette nappe étalée de tissu médullaire.

Ces éléments différenciés, surtout abondants dans la profondeur, diminuent à mesure qu'on approche de la surface libre, où on ne voit plus que du tissu conjonctif très vasculaire. A ce niveau, et sans doute au contact du liquide amniotique, les éléments nerveux se sont atrophiés. Cette zone centrale, velvétique, méritait donc par sa structure histologique le nom d'*Area medullo-vasculosa* que lui a donné Recklinghausen. Ajoutons que, tout à fait exceptionnellement, on a pu retrouver à la surface de l'aréa une couche d'épithélium cylindrique, l'épithélium épendymaire. Mais cette couche est si fragile qu'elle manque presque toujours. L'aire centrale est circonscrite par une bande d'aspect tout différent. Elle est rosée ou au contraire violacée, lisse, mince, laissant voir par transparence de fines ramifications vasculaires, et recouverte par places, d'îlots épidermiques. Cette *Zone épithélio-séreuse* est constituée par du tissu pie-mérien débordant de chaque côté l'aire médullo-vasculaire, et tapissée par une mince couche d'épithélium pavimenteux stratifié qui lui donne l'aspect d'une cicatrice jeune. Enfin, à la périphérie, une *Zone dermatique*, formée de la peau normale et du tissu cellulaire sous-cutané, entoure les deux zones précédentes. Les poils y sont souvent très développés.

Il nous reste à voir la disposition des méninges et des racines en rapport avec le segment médullaire difforme. Il est clair que les méninges ne constituent pas à ce niveau un sac complet ; elles sont restées étalées comme la moelle, et forment sous la face ventrale de celle-ci, une lame à plusieurs couches conjonctives superposées. Au fond de la gouttière vertébrale, la dure mère repose sur la face postérieure des corps vertébraux. Entre elle et la face ventrale de la nappe médullaire, s'interposent l'arachnoïde et le tissu sous-arachnoïdien. La pie-mère enfin tapisse la face ventrale de l'aréa médullo-vasculosa, la pénètre et porte ses vaisseaux finement ramifiés comme nous l'avons vu, jusqu'à la surface libre. Latéralement, les trois méninges se perdent sur les bords de la fente osseuse, dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau de la zone dermatique. Quant aux racines, elles émergent de la face ventrale de l'aire médullo-vasculaire, les motrices près de la ligne médiane, les sensitives en dehors et séparées d'elle par des formations piales analogues aux ligaments dentelés. Traversant les espaces sous-arachnoïdiens, entourées de leurs gaines piales, elles se rendent à leurs trous de conjugaison par un trajet à peu près horizontal : la moelle, en continuité avec l'utoderme, n'a pu accomplir son ascension normale ; la queue de cheval ne s'est pas formée.

On voit que, dans son ensemble, la région difforme présente une disposition qui offre plus d'une analogie avec celle de la vessie exstrophiée ; on pourrait la désigner sous le nom d'*Exstrophie médullaire*. A ce degré le plus simple de l'anomalie, il y a plutôt dépression que saillie de la région difforme. La tumeur se constitue par la formation d'une poche liquide. C'est entre la face ventrale de la nappe médullaire et la gouttière vertébrale, et là seulement, que du liquide peut s'accumuler. Alors, la moelle exstrophique, refoulée avec la pie-mère qui la supporte, fait saillie en arrière de la fente vertébrale et des téguments dorsaux. Ainsi se trouve constituée la *Myélo-méningocèle de Recklinghausen* : c'est une combinaison du myélo-rachischisis avec une méningocèle kystique ventrale. Pour la distinguer de l'autre espèce de myélo-méningocèle, que j'étudierai plus loin, je désignerai celle-ci sous le nom de *Myéloschiso-méningocèle*. Il est bien évident qu'il s'agit ici d'un type d'hydrorachis externe : le liquide ne peut siéger dans le canal épendymaire,

(1) Tourneux et Martin. — *Loco. cit.* p. 2.

puisqu'il n'existe pas au niveau de la zone exstrophique. Je n'insisterais pas sur ce point si, dans un travail récent, Rabaud (1) ne s'était efforcé de nier l'existence de ce type de myélo-méningocèle parfaitement établi. La description de Recklinghausen a trouvé d'ailleurs confirmation complète dans les observations nombreuses qu'ont publiées après lui Hildebrand (2) de Ruyter (3), Bayer (4), Muscatello (5). Quand on rapproche de ces documents un certain nombre de cas de spina bifida kystiques relatés en France dans ces dernières années (6), on retrouve nettement les caractères de la myélo-méningocèle de Recklinghausen. Cunéo et Veau (7) viennent d'en publier un cas absolument typique, et, pendant que je rédigeais ce travail, j'observais un nourrisson de dix jours paraplégique et incontinent, dont le myélorachischisis kystique, très étendu, occupait toute la région lombo-sacrée.

Le myélorachischisis compliqué d'hydrorachis externe constitue une tumeur kystique à base d'implantation large. Elle présente à sa surface les trois zones précédemment décrites. Mais l'aire médullo-vasculaire modifiée par l'inflammation prend bientôt l'aspect d'une plaie bourgeonnante à la surface de laquelle on ne distingue plus ni sillon médian ni fossette polaire.

Le kyste est constitué sous la peau ventrale de l'aréa, dans les espaces sous-arachnoïdiens distendus, et le tissu sous-arachnoïdien, refoulé par le liquide, forme une membrane continuée à toute la surface interne de la cavité. On réussit parfois à l'isoler, dans le segment ventral de la poche, de la dure-mère sous-jacente. La méninge dure, en effet, appliquée à la face postérieure des corps vertébraux, double sur toute la largeur de la gouttière osseuse la surface ventrale du kyste (fig. 54). Du côté dorsal, au contraire, la dure-mère ne fait pas partie de la paroi kystique : de la surface à la profondeur, on trouve au-dessous de l'aire médullo-vasculaire la pie-mère qui la supporte et la pénètre, puis la couche arachnoïdienne. La dure-mère s'arrête sur les bords de la fissure osseuse, et là, après avoir doublé la surface ventrale du kyste arachnoïdien, elle se perd dans le tissu cellulaire sous-cutané. La pie-mère, interposée à l'aire médullo-vasculaire et à l'arachnoïde en fait autant de chaque côté de la zone épithélio-séreuse.

Fig. 54. — *Myéloschiso-méningocèle.*

1. Aire médullo-vasculaire. — 2. Zone épithélio-séreuse. — 3. Zone dermatique. — 4. Pie-mère. — 5. Paroi kystique arachnoïdienne. 6. Dure-mère. — 7. Racine nerveuse. — 8. Kyste sous arachnoïdien (méningocèle ventrale).

La disposition des racines est très facile à comprendre, et sur ce point, les idées anciennes sont complètement inexactes. Les racines, dit-on, sortant par la fissure osseuse avec la moelle, pénètrent dans le sac et viennent comme elle se fixer à la surface interne de la poche. En réalité, ainsi que la Commission de la société clinique de Londres (1) l'avait déjà reconnu, les nerfs ne sortent pas du rachis, ils y pénètrent, et leur adhérence à la voûte du sac n'est autre que leur émergence sur la face ventrale de l'aire médullo-vasculaire. Elle se fait typiquement sur quatre lignes symétriques, et l'intervalle entre deux racines superposées est supérieur à celui qu'on observe sur les parties normales de la moelle : conséquence nécessaire de la distension de la plaque médullaire refoulée par le liquide accumulé devant elle. Emergeant ainsi de la paroi dorsale du sac, à la face ventrale du segment exstrophique de la moelle, sur quatre rangées plus ou moins régulières, les racines traversent la poche sous-arachnoïdienne pour gagner leurs trous de conjugaison. Enveloppés par la pie mère et l'arachnoïde, les cordons nerveux et les tractus arachnoïdiens cloisonnent la cavité kystique ; de là des formations multiloculaires de l'aspect le plus varié. En outre, les tractus arachnoïdiens sont souvent épaissis, œdématiés, chroniquement enflammés. L'aspect de la cavité kystique peut être beaucoup plus régulier : en effet, les tractus arachnoïdiens et les racines nerveuses, au lieu de traverser la poche et de la cloisonner, sont parfois refoulés et tassés par le liquide contre la paroi interne. Ils décrivent alors des anses encastrées dans la paroi avec le tissu arachnoïdien condensé, refoulé, qui constitue la couche interne. Hydrorachis externe, tissu nerveux étalé en nappe et complètement à nu sur la paroi dorsale du sac, tels sont les deux éléments caractéristiques de cette première forme de spina bifida kystique.

Dans la deuxième forme de myélo-méningocèle, la poche kystique présente exactement les mêmes caractères que dans la forme précédente, mais le tissu nerveux n'est pas exposé sur le dos du sac : la peau forme une enveloppe continue à la surface de la tumeur kystique. La moelle pénètre dans le sac, s'applique et adhère à la paroi dorsale, parfois ombiliquée au niveau de l'adhérence : il y a *Myélo-méningocèle fermée.* D'après Tourneux et Martin, ici encore la moelle reste à l'état de nappe étalée dans la paroi kystique. Sur une série de huit pièces, ils ont vu trois couches superposées dans la paroi dorsale du kyste : 1° un épiderme, avec ses deux couches caractéristiques, mais sans trace d'involution glandulaire ou pileuse : 2° une lame fibreuse épaisse, formée de faisceaux et de nappes lamineuses, entièrement dépourvue de fibres élastiques et sans aucune élevure papillaire ; 3° la nappe médullaire, reposant par sa face ventrale sur une couche de tissu cellulo-vasculaire analogue à celui de la pie-mère. Le myéloschisis persiste donc sous une lame fibro-cutanée qui la protège. Quant à cette lame de recouvrement, elle serait le résultat d'un che-

(1) Rabaud. — Genèse des spina bifida. *Arch. géner. de médecine*, 1901, p. 283.
(2) Hildebrand. — *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1893, t. XXXVI, p. 433.
(3) De Ruyter. — Schœdel ù Ruckgratsspalten. *Arch. f. klin. Chir.* 1890, t. XL, p. 72.
(4) Bayer. — *Prager medicin. Wochenschrift.* 1892, p. 317.
(5) Muscatello. — Ueber die angeborenen Schedels und Rückgratsspalten. *Arch. f. klin Chirurgie* 1894, t. XLVII, p. 62.
(6) Voir entre autres : Picqué. *Bull. de la Soc. de chir.* 1891 et Thèse de Bellenger, Paris 1891 ; A. Broca, *Congrès de chirurgie*, Paris 1894, p. 604.
(7) Cunéo et Veau. — Etude macroscopique d'un cas de spina bifida. *Bull. de la Soc anat.* 1901, 6me série, t. III, p. 243.

(1) Transact. of the *Clinical Society of London*, 1885, XVIII, 339.

vauchement secondaire de l'épiderme et du tissu conjonctif qui progressent peu à peu au-dessus de la nappe médullaire et finissent par la recouvrir entièrement. Ce processus est comparable à celui d'une cicatrice. Ce n'est là qu'une hypothèse non démontrée. Accorder une telle activité à la zone cutanée qui circonscrit la nappe médullaire est bien peu d'accord avec la faible vitalité et la tendance bien connue à l'ulcération et au sphacèle des enveloppes kystiques. Aussi l'interprétation suivante me paraît beaucoup plus logique. La lame recouvrante résulte de la coalescence des deux crêtes médullaires qui ont conservé assez d'activité pour accomplir leur réunion dorsale. Dès lors, le tube épendymaire est constitué en arrière de la nappe médullaire étalée dans sa paroi ventrale. Par suite de cette soudure, l'épiderme superficiel passe d'une crête à l'autre ; l'épithélium du versant épendymaire de la crête en fait autant, et, dans l'intervalle de ces deux lames épithéliales, la continuité s'établit entre les éléments mésodermiques. La nappe médullaire se trouve ainsi recouverte par l'épiderme, une lame conjonctive, et la paroi postérieure épithéliale du canal épendymaire. Tourneux et Martin n'ont pas vu cependant cette couche épithéliale sous-jacente à leur lame fibro-cutanée : sa présence leur a peut-être échappé, soit parce qu'elle disparaît ultérieurement, soit par insuffisance de technique histologique. Ainsi s'explique qu'ils n'aient pu voir en arrière de la nappe médullaire d'autre plan que la lame fibro-cutanée.

L'épendyme est donc fermé, et désormais séparé du feuillet cutané par une lame conjonctive embyonnaire. Mais dans l'épaisseur de cette lame ne s'accomplit aucune différenciation ; la paroi dorsale du sac méningé et celle du canal vertébral membraneux ne se constituent pas.

On comprend le résultat de cette aplasie : la moelle reste fixée à la peau par l'intermédiaire d'une couche conjonctive non différenciée. Que, dans ces conditions, les méninges deviennent hydropiques, le liquide s'accumulera nécessairement sous la face ventrale de la moelle. Comme dans le myélorachischisis, la moelle sera refoulée par cette méningocèle ventrale en arrière du plan dorsal. La cavité kystique présentera des caractères identiques à ceux précédemment décrits. Il s'agit encore d'une hydrorachis externe, refoulant hors de la gouttière vertébrale la moelle, adhérente à la paroi dorsale de la poche, mais fermée et non plus à l'état d'exstrophie (fig. 55).

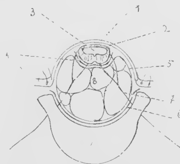


Fig. 55. — *Myéloméningocèle fermée.*

1. Peau. — 2. Lame mésodermique sous-cutanée. — 3. Tube épendymaire. — 4. Pie-mère. — 5 Paroi kystique arachnoïdienne. — 6. Dure-mère. — 7. Racine nerveuse. — 8. Kyste sous-arachnoïdien (Méningocèle ventrale).

En résumé, nous devons distinguer deux variétés de myélo-méningocèle, caractérisées l'une et l'autre par la formation d'une méningocèle kystique ventrale et par l'adhérence de la moelle à la paroi dorsale du kyste. Mais elles se distinguent par la disposition différente du tissu médullaire. Dans la variété décrite par Recklinghausen, la moelle, à l'état de nappe étalée, est à nu sur la face dorsale du kyste au contact du liquide amniotique ou de l'extérieur : il y a myéloschisis. Dans l'autre au contraire, la coalescence des crêtes médullaires s'est accomplie et le tube épendymaire ainsi constitué est séparé de la cavité amniotique par une double assise de mésoderme et d'ectoderme.

Entre ces deux variétés de myélo-méningocèle, la démarcation est en réalité beaucoup moins tranchée, au point de vue de leur genèse, qu'elle ne paraît au premier abord. Ne voit-on pas en effet qu'il suffit d'admettre un rapprochement progressif des crêtes médullaires pour constituer toute une série ininterrompue qui établit le passage des exstrophies les plus larges au recouvrement complet de l'aire médullaire ? Mais au point de vue vital, la différence est capitale, puisque l'aire médullo-vasculaire est une porte ouverte à l'infection méningo-myélitique qui guette à bref délai tous les nouveau-nés atteints de myélorachischisis.

Quelle valeur physiologique possèdent les éléments nerveux ainsi arrêtés dans leur évolution ? A ce point de vue, les deux variétés de myélo-méningocèle ne prêtent pas aux mêmes considérations. Il est exceptionnel que la myéloschiso-méningocèle ne s'accompagne pas de troubles nerveux périphériques très importants. La paraplégie avec incontinence des réservoirs est fréquemment signalée : elles sont absolues chez le nouveau-né que j'observe en ce moment et que j'ai refusé d'opérer. De multiples facteurs s'associent pour supprimer le fonctionnement du segment médullaire difforme. Et d'abord, le trouble d'évolution n'est pas seulement d'ordre morphologique. Les examens histologiques attestent la différenciation insuffisante des cellules neuro-formatrices. Les éléments nerveux de l'aréa, comme centres et conducteurs, sont incapables d'assurer les fonctions médullaires. Si, d'autre part, la dystrophie ne portait que sur la forme, la nappe médullaire au contact du liquide amniotique, ou de l'extérieur, est fatalement exposée à l'atrophie et à la disparition progressive de ses éléments nerveux. Bien que dans la myélo-méningocèle fermée, le tissu nerveux échappe à l'influence de ce dernier facteur, bien qu'on puisse admettre même que la substance grise et les conducteurs aient pris un développement suffisant, la moelle et les racines qui traversent la poche restent soumises à la compression, à la distension par le liquide kystique, et par là, exposées aux dégénérescences définitives. Néanmoins, il va de soi que, dans cette variété, la situation est moins grave que dans la forme de Recklinghausen. Pourtant, certains auteurs, de Ruyter et Bayer entre autres, ont observé quelques exemples de myéloschisis kystique sans troubles de l'innervation périphérique, au moment de la naissance. Ceci ne se conçoit que si la difformité intéresse le segment médullaire sous-jacent aux dernières racines sacrées, et à la condition que la poche en se développant n'ait pas provoqué des lésions secondaires du côté des racines et du segment médullaire plus élevés, comprimés ou refoulés par le liquide.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Ouverture des Cours.

Cours de clinique chirurgicale infantile : M. le Pr KIRMISSON

M. le professeur Kirmisson a recommencé ses leçons cliniques à l'hôpital Trousseau, le mardi 12 novembre, à 10 heures du matin. M. Kirmisson se propose de s'occuper surtout des maladies osseuses pendant le premier trimestre de son enseignement, mais sans négliger néanmoins, bien entendu, d'utiliser pour l'instruction de ses élèves les autres cas intéressants de divers ordres que les hasards de la clinique amèneront dans ses salles pendant cette période. Il consacrera, en conséquence, une partie de sa leçon d'aujourd'hui à un aperçu d'ensemble des affections osseuses dans la chirurgie de l'enfance. Les affections congénitales sont nombreuses et variées ; leur pathogénie, reposant sur les notions embryologiques, est intéressante ; mais elles présentent un bien moindre intérêt au point de vue clinique, car elles sont de diagnostic évident et ne suscitent pas d'indications d'urgence, sauf les imperforations anorectales. L'accroissement du squelette chez l'enfant fournit des occasions de développement à nombre d'affections, par le fait de la vascularité considérable des os à cet âge de la vie, de la proportion d'éléments organiques qui entrent dans leur composition, de leur richesse en moelle jeune, de l'épaisseur et de l'activité fonctionnelle de leur périoste, et, enfin, de l'existence des cartilages épiphysaires. Les fractures chez l'enfant présentent des caractères particuliers, tant au point de vue de leur siège qu'au point de vue de leurs signes. Le déplacement est souvent minime ou fait défaut, car les fractures sous-périostées et les fractures incomplètes s'observent fréquemment chez les sujets jeunes. La fracture de cuisse est fréquente dans le premier âge ; celle du radius est rare, tandis que celle des deux os de l'avant-bras se rencontre beaucoup plus souvent. Il y a enfin les décollements épiphysaires, avec leurs difficultés de diagnostic et de traitement et les conséquences fâcheuses qu'elles peuvent entraîner au point de vue du développement ultérieur du membre. Les lésions inflammatoires, tuberculose et ostéo-myélite, sont d'une extrême fréquence. A l'inverse de la tuberculose, qui atteint le tissu spongieux, l'ostéo-myélite porte surtout sur les diaphyses. Le professeur signale encore, avec quelques détails, les déformations rachitiques, qui sont habituellement diaphysaires, mais qui parfois intéressent les épiphyses, comme dans le genu valgum et la coxa vara ; puis, les déformations liées à la syphilis héréditaire.

M. Kirmisson a l'intention de commencer cette série de leçons cliniques en s'occupant de l'ostéo-myélite, et il résume d'abord à grands traits l'historique de cette affection, les opinions diverses émises sur sa nature, et les dénominations variées qui lui ont été données, suivant le point de vue auquel on l'envisageait. Il donne ensuite la relation de trois cas d'ostéo-myélite observés chez des petits malades de son service, dont deux sont encore actuellement en cours de traitement. Le sujet de la première observation était un enfant de 6 ans, atteint d'une ostéo-myélite, myélite du tibia gauche à la suite d'un choc ; après un massage intempestivement fait par un empirique, les accidents inflammatoires avaient pris rapidement un développement considérable, et quand on se décida à amener le petit malade à l'hôpital, les phénomènes infectieux étaient si graves qu'en dépit de tous les soins, il succomba dès le lendemain. La seconde observation a trait à une fillette qui, ayant été piquée au talon par une aiguille, présenta, vingt-quatre heures après, une grosse inflammation phlegmoneuse de la région blessée, et fut apportée à l'Hôpital en proie à des accidents septiques des plus graves. M. Kirmisson, après avoir immédiatement incisé le phlegmon, constata une dénudation si étendue du calcanéum, qu'il n'hésita pas à l'extirper séance tenante, et que quelques coups de rugine seulement lui suffirent pour achever de le dégager. Les résultats de cette intervention furent des plus satisfaisants, et l'enfant, qui est encore dans les salles, va chaque jour de mieux en mieux. La troisième malade est une jeune fille de 12 ans 1/2, qui, huit jours après avoir reçu un choc sur la hanche, arriva à l'Hôpital dans un état général des plus graves, et avec des phénomènes locaux qui parurent en rapport avec une ostéo myélite de la hanche, mais sans foyer fluctuant perceptible. Une incision rétro-trochantérienne fut pratiquée, mais ne donna pas de pus, et une trépanation du trochanter n'en donna pas davantage. Mais, à bref délai, des signes nets d'arthrite coxo-fémorale se manifestèrent, et M. Kirmisson pratiqua la résection de la hanche ; l'articulation était pleine de pus. Jusqu'à présent, l'opération n'a pas encore donné de résultats bien satisfaisants, l'état de l'enfant reste très sérieux et le pronostic final fort douteux ; cependant, la température baisse, et il ne faut pas encore désespérer. La grande valeur de M. Kirmisson, comme clinicien et comme professeur, est bien connue : les élèves soucieux de compléter leur instruction générale par de bonnes notions de chirurgie infantile trouveront grand profit à aller suivre ses visites et écouter ses leçons.

Cours de Pathologie externe : M. le Pr LANNELONGUE

M. le Pr Lannelongue a commencé son cours le lundi 11 novembre, à 3 heures, dans l'amphithéâtre du Laboratoire de Pathologie externe, à l'entresol des bâtiments de l'Ecole Pratique. M. Lannelongue dit qu'il ne veut pas faire une leçon d'ouverture à proprement parler, et qu'il se bornera à présenter, avant d'entrer en matière, quelques considérations générales sur l'esprit de progrès qui doit diriger la marche des études des jeunes et la conduite des aînés. Pour préciser sa pensée, il donne des exemples. En 1814, Boyer, dans la préface de son *Traité des Maladies Chirurgicales*, exprimait la croyance que la chirurgie avait dès lors atteint son apogée. En 1834, Billroth disait que l'idéal était réalisé par la chirurgie allemande. Or, 20 ans plus tard, la révolution pastorienne venait tout rénover par la démonstration des infections microbiennes, transformant la nosologie, amenant une série de modifications opératoires, et accroissant dans des proportions considérables le domaine de la chirurgie. On a cru et on a dit, depuis lors, qu'il n'allait plus y avoir rien a modifier. Et cependant, il y a 6 ans environ, la découverte de Rœntgen arrivait à son tour étonner le monde scientifique, et prenait de suite une importance énorme en chirurgie au point de vue des lésions du squelette et de la localisation des corps étrangers ; et l'on perfectionnera et l'on amplifiera encore les applications de cette découverte. Mais, plus on perfectionnera un moyen scientifique, plus il faut que la clinique s'efforce de s'y accommoder et de se mettre d'accord avec lui, pour redresser et mettre au point les données qu'il lui fournit. Donc, les savants illustres cités plus haut se sont trompés. Cela veut dire que rien n'est ja-

mais fini, qu'une découverte n'est jamais complète et reste toujours susceptible d'être augmentée, que le progrès est éternel, et qu'il faut toujours croire et tendre au mieux futur.

Le professeur aborde ensuite la matière de ses cours, en commençant par une question à l'ordre du jour, et dont la connaissance est indispensable à tous, médecins et chirurgiens, la question des appendicites. Il rappelle sommairement l'anatomie de l'appendice, ses rapports variables et sa mobilité, dont il est nécessaire de se souvenir pour expliquer les variétés symptomatiques de l'appendicite ; sa texture, ses follicules sous-muqueux, sa richesse en vaisseaux lymphatiques. Il met en relief l'inutilité de ce diverticule du cæcum, dit qu'il faut se défier des organes inutiles, et se montre assez partisan de la résection préventive.

L'appendicite est connue depuis une quinzaine d'années seulement, mais ce n'est pas néanmoins une maladie nouvelle ; c'est une maladie qui a été longtemps méconnue et confondue avec d'autres : typhlite, abcès iliaque, psoïtis, invagination, indigestion et surtout péritonites. L'esprit scientifique a remis les choses à leur véritable point, en dégageant des errements antérieurs la notion actuelle de l'appendicite, avec son importance extrême, sa fréquence, ses formes anatomo-pathologiques et cliniques si diverses suivant les différents agents, multiples ou associés, qui interviennent dans sa genèse, et suivant le mode de réaction individuelle des malades à l'égard des infections microbiennes qui jouent un grand rôle dans son évolution. M. Lannelongue professe avec entrain, d'une voix forte et bien scandée, en un langage clair et imagé, qui fait nettement ressortir les points principaux du sujet qu'il expose ; son enseignement, dans lequel on sent toujours le clinicien derrière le pathologiste, est aussi substantiel qu'intéressant, et l'affluence des auditeurs prouve qu'il est apprécié comme il le mérite. Mais nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer l'étonnement que nous a causé l'installation absolument déplorable du local où se fait ce cours. Ce local est dénommé amphithéâtre par l'affiche, mais c'est là un euphémisme d'une indulgence excessive. En réalité, c'est une salle toute en longueur, une manière de grand couloir relativement bas de plafond (entresol), où l'on n'accède que par une seule porte extrême s'ouvrant directement sur un des légendaires couloirs de l'établissement, qu'éclairent médiocrement des baies vitrées occupant un de ses longs côtés, et où la table du professeur, adossée au milieu de ce long côté vitré, est encadrée par des rangs concentriques de bancs et de chaises qui s'épaississent aux deux extrémités, le tout de plain pied. Bref, accès incommode, pas de dégagements, insuffisance de places assises, obligeant nombre d'auditeurs à s'entasser debout au voisinage de l'entrée, mauvais éclairage, mauvaise aération, mauvaise acoustique, mauvaises conditions de visibilité du professeur, de son tableau noir et de ses planches murales de démonstration par les assistants des derniers rangs de côté ; c'est complet dans le sens de la défectuosité, et il est vraiment incompréhensible qu'à la Faculté de Paris, dans l'immensité de ses locaux neufs surajoutés aux anciens, un cours de cette importance et un professeur de cette valeur soient aussi mal logés.

Cours de Clinique ophtalmologique : M. le Pr F. de LAPERSONNE.

Jetant un coup d'œil d'ensemble sur l'évolution de l'ophtalmologie, M. le professeur de Lapersonne constate qu'elle n'a cessé de faire des progrès continuels et importants. C'est une des sciences médicales qui ont le plus progressé. Beaucoup de ces progrès sont dus à la pathologie générale, aux découvertes bactériologiques de Neisser, de Weeks et de Morax, aux recherches sur le rôle des infections générales dans certaines maladies de l'œil. La pratique chirurgicale, elle aussi, s'est améliorée avec l'antisepsie oculaire et le perfectionnement de la technique opératoire. Enfin, l'optique physiologique doit aux ophtalmologistes français deux grandes méthodes d'exploration qui constituent un progrès considérable, l'astigmomètre de Javal et Schioltz et la kératoscopie de Cuignet ; cela suffit à démontrer que l'ophtalmologie française a su reprendre, après un moment d'arrêt, la place importante qu'elle occupait au XVIIIe siècle, au temps de Jacques Daviel.

Pour conserver son renom à l'Ophtalmologie française, il faut que la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu fasse des élèves instruits, connaissant et aimant leur profession. Dans ces conditions seulement ils travailleront avec fruit et avec goût. De leurs travaux dépendra l'avenir de l'ophtalmologie française et de la clinique où ils auront appris. Mais pour cela, il importe d'organiser l'enseignement.

Quand M. le Pr Panas prit la chaire d'ophtalmologie tout était à faire ; d'une activité incomparable, il voulut faire tout lui-même, mais la tâche était trop grande pour un seul homme, il ne put réaliser jusqu'au bout son vaste projet. Aussi l'enseignement est-il encore bien insuffisant. M. Panas, si habile à diriger ses élèves vers les travaux scientifiques, ne les utilisa pas pour l'enseignement des débutants ; à côté de l'enseignement élevé qu'il donnait lui-même, il n'existait point d'enseignement élémentaire.

M. le Pr de Lapersonne, tout en reconnaissant l'œuvre immense accomplie par M. Panas, se propose de remédier à ces inconvénients, en donnant à l'instruction des élèves une organisation indispensable.

Il y aura un *cours préparatoire* pour apprendre l'oculistique avec maniement de l'ophtalmoscope et des appareils usuels, et un *cours de perfectionnement*, cours de haut enseignement ophtalmalogique. Il se composera : de conférences et d'exercices pratiques de médecine opératoire, de travaux de bactériologie et d'anatomie pathologique spéciales, ainsi que d'une étude plus approfondie de l'ophtalmométrologie. Les médecins inscrits seront appelés à tour de rôle à examiner des malades et à rédiger leurs observations.

Si M. de Lapersonne donne suite à ses projets, il aura compris toute l'importance de son rôle, qui est avant tout celui d'éducateur, et il n'est point douteux que ses élèves, rompus à l'examen clinique des malades ou à la technique du laboratoire, ne lui apportent, par leurs travaux des satisfactions qu'il aura bien méritées.

Cours de Clinique chirurgicale : M. le Pr LEDENTU.

Devant une assistance fort nombreuse et des plus choisies, formée par d'anciens élèves, des étrangers et tous ceux qui depuis plusieurs années se nourrissent de l'enseignement du maître, M. le Professeur Ledentu a fait, mardi matin, à 10 heures, sa première leçon de clinique chirurgicale. Après avoir rappelé que depuis 12 ans il professait dans cette clinique, qu'il avait assisté aux premiers résultats de l'antisepsie et à la tendance exagérée des chirurgiens à faire surtout de la chirurgie abdominale, il constate avec plaisir que la chirurgie générale est actuellement à l'ordre du jour dans

les sociétés savantes. M. Ledentu fera, tous les mardis une leçon clinique ; le vendredi c'est au contraire un de ses élèves qui sera chargé d'exposer un malade aux auditeurs, et le Professeur ne prendra la parole que pour rectifier le diagnostic, s'il y a lieu, ou pour ajouter quelque enseignement utile.

Dans cette première leçon, M. Ledentu a traité des uronéphroses ; après avoir fait leur classification, il s'est occupé d'une variété toute spéciale, des *uronéphroses traumatiques* : les unes vraies, les autres fausses, les *kystes urineux para-néphriques*, comme il les appelle, qui ne sont guère connus que depuis 10 ans ; prochainement d'ailleurs, paraîtra un travail dans lequel cette question des uro-néphroses sera pleinement élucidée. Le diagnostic entre les deux variétés est extrêmement difficile pour ne pas dire impossible, et M. Ledentu recommande les moyens thérapeutiques simples (ponction, incision,) avant de recourir à la néphrectomie.

Cours de Clinique gynécologique : M. le Pr POZZI.

M. le Prof. Pozzi a commencé le 15 novembre son cours de *Clinique gynécologique* dans son bel amphithéâtre de l'hôpital Broca, où se pressait un public nombreux. Cette première leçon a été consacrée à un sujet également intéressant pour tous : la conduite à tenir et la voie à suivre en présence de lésions des annexes, de la chirurgie des annexes. On a beau dire que la chirurgie est une science nouvelle, il n'en est pas moins vrai que nous sommes les débiteurs de nos devanciers et, malgré tous les progrès réalisés, nous sommes obligés de tenir compte de l'évolution des idées. Aussi, avant d'exposer ses manières de voir, le professeur Pozzi tient-il à retracer l'histoire de la chirurgie des annexes. Cette branche de la chirurgie est absolument nouvelle, car c'est seulement en 1880 que le grand chirurgien anglais Lawson Tait publie les premières observations de laparotomie pratiquées par lui depuis 1877 pour des suppurations pelviennes. Vers la même époque, Battey, d'Amérique, fait des laparotomies chez des femmes hystériques et épileptiques dans le but de les guérir en enlevant les annexes. En 1886, il dispose de 54 cas de ce genre. Des tentatives analogues sont faites en Allemagne, par Hegar, et un peu plus tard en France. Cette première période ancienne de la chirurgie des annexes est donc exclusivement abdominale. Elle est suivie d'une autre période que l'on pourrait appeler période de transition, d'hésitation entre la voie abdominale et vaginale. Les chirurgiens, mécontents des résultats, cherchent une voie moins dangereuse que la voie abdominale transpéritonéale. On propose des méthodes diverses (voie ischiatique, périnéale, sacrée, sous-péritonéale qui nous paraissent maintenant presque bizarres et qui toutes sont tombées en désuétude. C'est alors que Péan présente au Congrès international de Berlin de 1890, un mémoire où il propose de traiter les suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. Mais Péan et ses élèves extirpaient l'utérus en laissant en place les annexes malades, se contentant d'ouvrir les poches suppurées et de les drainer. Ce grand progrès fut réalisé lorsque M. Doyen fit connaître son hystérectomie vaginale totale, où les annexes étaient extirpées en même temps que l'utérus. A partir de ce moment, tous les chirurgiens acceptèrent la voie vaginale à l'exclusion de la laparotomie, et pendant longtemps le professeur Pozzi fut presque seul à défendre la voie abdominale. Les arguments qu'on faisait valoir en faveur de l'hystérectomie vaginale étaient : l'absence de cicatrice, la gravité moindre, l'efficacité plus grande. Tous ces arguments avaient une part de vérité à cette époque. Mais depuis que l'on sait faire des incisions abdominales plus petites et bien réparer les parois ; depuis que l'asepsie est devenue plus rigoureuse, et, surtout, à partir du jour où l'on sut faire l'ablation de l'utérus par la voie abdominale, tous ces arguments ont perdu leur force.

En effet, depuis 1892, on entre dans une période nouvelle. Baldy (de Philadelphie) fit, cette année, pour la première fois, l'ablation de l'utérus au cours d'une laparotomie pour une affection annexielle. En 1893, cette méthode, appelée méthode américaine, était déjà généralisée en Amérique et elle fut introduite en 1897, en France, par Delagénière. L'hystérectomie abdominale est devenue actuellement aussi facile, aussi rapide et aussi innocente que l'hystérectomie vaginale. Entre laquelle de ces deux voies, l'abdominale et la vaginale, devons-nous choisir. M. le professsur Pozzi considère que la voie abdominale doit être de plus en plus la règle pour la majorité des cas, car elle permet de bien se rendre compte de l'état exact des organes, et de respecter ceux qui ne sont pas malades Mais d'un autre côté la voie vaginale ne doit pas être complètement abandonnée. Elle trouve son indication dans deux cas : soit que l'on veuille faire une colpotomie préventive (abcès très virulent, à marche rapide, un état général mauvais de la malade), soit qu'une hystérectomie se trouve indiquée par une infiltration aiguë septique du petit bassin ou par une infection aiguë de l'utérus (rétention placentaire post abortum). Dans ces deux derniers cas, rien ne vaut l'hystérectomie vaginale, qui crée un large trou de drainage. Les anciens redoutaient l'homme d'un seul livre ; ne pourrait-on pas appliquer cet adage au chirurgien d'une seule opération, alors que la clinique a établi la nécessité de l'éclectisme.

Cours d'anatomie : M. le Dr RIEFFEL, agrégé, chef des travaux pratiques.

Ce cours a eu lieu le mercredi 19 novembre, à 4 h. du soir, au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique. Comme tous les ans, les auditeurs sont fort nombreux et l'hémicycle est occupé par tous les prosecteurs et aides d'anatomie qui viennent applaudir leur maître. Avec sa chaleur et sa conviction habituelles, M. Rieffel veut d'abord montrer à ses élèves que l'anatomie est une science indispensable au médecin, comme au chirurgien ; mais il entend parler surtout de l'anatomie topographique, « *professionnelle* » celle qui fait les véritables cliniciens et les véritables opérateurs, celle que nous ont léguée Malgaigne, Richet et le professeur Tillaux, celle dont la connaissance approfondie a produit des maîtres comme Velpeau, comme Gosselin.

C'est cette anatomie éminemment utile que M. Rieffel s'efforcera d'enseigner à l'Ecole Pratique, et cette année il s'occupera d'une façon spéciale de l'abdomen.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Cours de botanique (organographie et physiologie végétale). — M. PH. VAN TIEGHEM, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le samedi 30 novembre 1901, à neuf heures du matin, dans l'Amphithéâtre de la galerie de Minéralogie, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Après avoir résumé d'abord les caractères communs à tous les êtres vivants qui font l'objet de la Biologie générale, puis les caractères propres des plantes qui sont le sujet de la Botanique générale, le Professeur exposera la structure des plantes vasculaires et le parti qu'on en peut tirer pour améliorer la classification. Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, nº 61.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 novembre. — Président M. Netter

Dissociation de l'hemoglobine oxycarbonée au contact d'un milieu vivant.

Ch. Nicloux. — Le poisson (carpe) plongé dans un mélange d'eau et de sang oxycarboné, son sang s'enrichit d'oxyde de carbone augmentant la proportion de 5, 6, 7 fois celui du milieu où l'animal est immergé. Le pouvoir de fixation de l'oxyde de carbone par l'hémoglobine du globule est donc considérable, puisque le globule peut réaliser la dissociation progressive d'une substance aussi fixe que la carboxy-hémoglobine.

Pepsine et suc gastrique.

M. Meunier recherche la quantité de la pepsine dans le suc gastrique par *l'unité chlorhydrique* acceptée pour le dosage de différents éléments chlorés du suc gastrique. Le labferment et la pepsine suivent une courbe parallèle.

M. Raphael Dubois plaçant des plantes dans une atmosphère carbonique, constate qu'elles entrent en sommeil ; ce sommeil des végétaux est donc similaire au sommeil des animaux et résulte de l'accumulation d'acide carbonique.

M. Mangin trouve qu'en plongeant les plantes dans l'acide carbonique on interrompt la vie.

MM. Roger et Rucher présentent des séparations du foie consécutives aux altérations par les caustiques.

Sérum et urines de l'ictère des nouveau-nés.

M. Lereboullet. — Dans le service du Professeur Hutinel, M. Lereboullet a poursuivi des recherches sur 20 cas d'ictère simple des nouveau-nés. Dans le sérum on a toujours trouvé une importante quantité de pigment biliaire avec réaction de Gmelin intense. La cholémie, quelle que soit la valeur de l'ictère, indique qu'il est non hémaphéique, mais indiscutablement biliphéique. L'examen des urines est généralement négatif, même avec la réaction de Salkowski, sauf dans les cas d'ictère très intense. L'acholurie pigmentaire est donc la règle dans l'ictère des nouveau-nés. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 novembre.

Les localisations cérébrales (Suite).

M. Laborde a pu produire expérimentalement des hémorrhagies méningées et montre que chaque fois qu'on excite un point de la zone motrice corticale, on provoque un phénomène moteur du côté opposé ; si l'excitation porte en dehors de la zone motrice, elle diffuse dans la corticalité et détermine, à condition qu'elle soit assez forte, des phénomènes épileptiques.

Ainsi l'expérimentation elle-même permet de conclure qu'un accès épileptiforme ne correspond pas toujours à une irritation de la zone rolandique, mais aussi à une irritation d'un point éloigné de cette zone.

Enfin, il faut tenir compte de la suppléance possible des régions rolandiques par un autre point du cerveau.

M. Dieulafoy discute les opinions de MM. Pitres, Laborde, Championnière sur son observation. Il rapproche de son fait personnel les faits de MM. Lepine, Faguet, Lowitz, Chipault.

Voici, conclut-il en terminant, l'ensemble de ces cinq observations ; elles démontrent qu'en dehors de l'épilepsie jacksonienne *classique*, celle qui est due à une lésion de la zone rolandique, et qui, de toutes, est la plus fréquente, il y a une épilepsie jacksonienne qui est due à une lésion du lobe frontal. Je n'ai pas voulu prouver autre chose ; je suis resté sur le terrain clinique, et je me suis contenté de rapporter des faits. Comme il est bon qu'une erreur de diagnostic serve à quelque chose, j'ai cherché si, par une analyse minutieuse des symptômes, on ne pourrait pas arriver à différencier l'épilepsie jacksonienne par lésion rolandique de l'épilepsie jacksonienne par lésion frontale, fait important quand il s'agit de préciser la région du crâne sur laquelle doit porter le trépan.

Mais l'étude de séméiologie à laquelle je me suis livré et que j'ai développée au cours de ma communication, cette étude de séméiologie ne m'a permis de porter aucune lumière sur ce diagnostic topographique qui intéresse la médecine et la chirurgie. Je suis donc venu ici vous faire part de mon erreur et de mon impuissance à l'éviter, espérant qu'un autre ferait mieux que moi.

Présentations d'appareils.

M. Marey présente un appareil dû à M. Marage pour la mesure de l'acuité auditive d'après le nombre des vibrations et le traitement de la surdité.

M. Laborde présente un appareil de M. Dussand favorisant la lecture et l'écriture chez les aveugles.

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre 1901. — Présidence de M. Reclus.

Complications cérébrales de l'otite moyenne.

M. Chavasse, au sujet de la récente communication de M. Broca, fait observer que de nombreuses affections peuvent donner lieu à la symptomatologie de l'abcès cérébral ; c'est ainsi qu'il a rencontré, dans 2 cas où il croyait à cette complication de l'otite, une simple rétention de pus dans la caisse, une tumeur comprimant le sinus latéral ; il s'agissait là probablement de phénomènes réflexes : dans un 3e cas, il s'agissait d'hystérie.

Il existe un moyen de diagnostic qui donne actuellement d'excellents résultats, c'est la cytologie qui montre la présence de polynucléaires en cas d'infection.

Rétrécissements du pharynx.

M. Lejars présente un rapport sur 2 observations de rétrécissement du pharynx, opérés par M. Morestin. Le 1er cas n'est intéressant que par l'étendue des lésions et le peu d'intensité des symptômes.

Dans l'arrière-gorge, où il n'y avait plus que des brides cicatricielles, un petit défilé étroit faisait communiquer le pharynx avec les fosses nasales. L'épiglotte n'était plus qu'un moignon informe qui venait chatouiller la langue et qui produisait des picotements et une fois une crise de pseudo-asphyxie. M. Morestin réséqua ce moignon.

Dans le 2e cas, beaucoup plus intéressant, le pharynx était complètement fermé par une membrane, percée à sa partie inférieure d'un trou qui laissait passer le bout de l'index. Il y avait des troubles considérables de l'alimentation, de la voix et de la respiration. M. Morestin put faire au niveau de l'ouverture deux débridements de 3-4 cm. sur les côtés où il y avait de l'étoffe : l'ouverture s'élargit, d'autant plus qu'il y avait certainement encore des fibres musculaires dans la membrane obturante : présenté 9 mois après à la Société de chirurgie, le résultat était encore excellent et depuis 2 mois n'avait plus bougé.

M. Lejars pense que ce qui a donné à M. Morestin un si beau succès, qui est un des premiers, c'est que ce dernier, à mesure qu'il débridait, faisait un ourlet muqueux au fil d'argent, en réunissant la muqueuse antérieure à la muqueuse postérieure.

Fistule vésico-vaginale.

M. Bazy fait un rapport sur une observation de Spartane (de Smyrne) concernant une fistule vésico-vaginale opérée une première fois par un double plan de sutures et qui ne fut guérie que par l'application du procédé du dédoublement. M. Bazy rapporte un cas du même genre, mais compliqué d'un rétrécissement du vagin qu'il dut sectionner pour arriver sur la fistule ; le procédé du dédoublement lui donna un résultat opératoire excellent, mais il se demande si le col vésical va recouvrer sa fonction sphinctérienne.

M. Berger pense qu'il y a certains cas où les lésions vésico-vaginales sont tellement étendues que le dédoublement est impossible ; quant au fil, il emploie de préférence le fil d'argent.

M. Delbet rapporte une observation où une fistule remontait tellement haut le long du détroit supérieur qu'il dut recourir à la voie hypogastrique. D'autre part, il pense qu'il est possible, dans certains cas, de rendre continent un urèthre qui avait cessé de l'être, en le tordant et le plissant de façon à le serrer.

M. Ricard est d'avis qu'il est bien rare que le procédé du dédoublement ne soit pas applicable : témoin ce cas déjà présenté par lui où il put guérir une femme qui avait déjà subi 19 opérations.

M. Bouilly fait remarquer que les fistules vésico-vaginales deviennent de plus en plus rares et aussi de plus en plus simples : d'autre part il a opéré un cas analogue à celui de M. Bazy et le résultat fonctionnel, assez peu satisfaisant à la suite de l'intervention, est devenu excellent plus tard ; enfin la torsion de l'urèthre dont parle M. Delbet est surtout applicable dans certaines incontinences à cause obscure, peut-être nerveuse.

M. Quénu pense aussi que le procédé du dédoublement est applicable dans les fistules à lésions très étendues et il apporte un cas à l'appui. Sch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 novembre 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Dystrophie ovarienne.

M. Dalché lit un intéressant mémoire où il fait remarquer l'influence des troubles menstruels dans la maladie de Basedow, et la production du syndrome badowien dans la dystrophie ovarienne. Cette constatation, jointe aux résultats donnés par l'opothérapie ovarienne dans le goître exophtalmique, lui font formuler l'hypothèse d'un rôle important joué par les ovaires dans la pathogénie de cette dernière affection.

Pathogénie des souffles cardio-pulmonaires.

M. Lamy présente un malade dont le thorax est déformé, aplati d'avant en arrière avec épaules tombantes. Cette malformation est l'origine de souffles cardio-pulmonaires et de troubles fonctionnels du cœur.

Impaludisme avec artérite et lymphadénome du foie.

M. Le Gendre a fait l'autopsie d'un paludéen qui offre des lésions d'artérite avec sténose, rétrécissements multiples de l'aorte. Ce malade a, en outre, des lymphadénomes multiples du foie.

M. Fernet rapporte plusieurs cas semblables.

Influence des anévrysmes aortiques sur les affections pulmonaires.

MM. Huchard et Bergouignan, à propos de pièces anatomiques qu'ils présentent, insistent sur le rôle d'un anévrysme latent de l'aorte sur la pathogénie d'une pneumonie massive et nécrosante du poumon gauche, qu'ils attribuent à la compression par l'anévrysme du nerf pneumogastrique gauche.

M. Babinski rappelle l'influence nocive de la section d'un pneumogastrique sur l'état du poumon du même côté chez le lapin tuberculisé. J. N.

L'Alcoolisme. — *Conférence* organisée par la Mutualité scolaire du Ve arrond. et présidée par M. le Maire. Au préau de l'école, boulevard St-Marcel, 66, le samedi 23 novembre 1901, à 8 heures et demie du soir, par M. Paul Martin, élève à la Faculté de médecine de Paris : *L'alcoolisme et ses funestes effets.* — La Conférence sera accompagnée de projections lumineuses.

Arrêté déclarant vacante une chaire a la Faculté de médecine de l'Université de Paris. — Par arrêté, en date du 14 novembre 1901, la chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

Communications diverses

A propos du traitement des adénites tuberculeuses.

M. Chénieux (de Limoges). — Le traitement des adénites tuberculeuses remet en question celui des tuberculoses locales. Je n'ai jamais vu les sujets atteints de tuberculose locale bénéficier d'une médication d'attente. Je ne parle pas des sujets atteints de tuberculose viscérale grave. L'intervention serait téméraire dans ce cas. Cette exception faite, il faut extirper les lésions tuberculeuses locales. Cette règle s'applique et doit être appliquée le plus tôt possible aux adénites ou polyadénites tuberculeuses non suppurées. Elle s'applique encore aux adénites tuberculeuses ramollies ou suppurées, quand l'extirpation complète est possible et elle l'est souvent. Si cette extirpation complète est impossible, il faut se contenter d'ouvrir les abcès et appliquer les topiques usuels, iodoforme, créosote, chlorure de zinc, ou faire les injections modificatrices. Mais, et c'est là surtout l'objet et le but de ma communication, ne jamais faire le grattage, sauf dans les adénites superficielles qui rentrent dans la catégorie des tuberculoses cutanées. Pour les adénites profondes, le grattage est funeste et désastreux. Le traitement médical, la cure maritime, sont toujours indiqués, mais insuffisants.

Grossesse compliquée de fibrome ou de kyste. Difficulté du diagnostic dans certains cas.

M. Chénieux (de Limoges). — Je ne discuterai pas sur la conduite à tenir, conduite variable suivant les circonstances. Mais, avant de décider si l'on doit s'abstenir ou intervenir, il faut faire le diagnostic. Là gît parfois la difficulté !

Certaines femmes portent d'énormes tumeurs dont elles ne se doutent pas et qui ont évolué sans gêne fonctionnelle, sans hémorrhagie, sans aucun trouble de la santé.

Les époques même peuvent être irrégulières. Je puis citer 2 cas, malgré leur invraisemblance, où des fibromes dépassant l'ombilic n'avaient pas éveillé l'attention. Mais, voilà que soudain, après 2 mois et demi à 3 mois de cessation des règles, des douleurs sourdes, puis plus violentes, et un malaise indéfinissable se manifestent et s'accentuent. Alors seulement le médecin est appelé et son embarras commence. Le col est haut, en arrière, à peine ramolli.

L'utérus englobé de toutes parts ne peut être palpé ni apprécié dans son volume. Il n'y a pas de *signes physiques* et c'est sur les *signes subjectifs* sus-énoncés que l'on peut établir un diagnostic rationnel et, dans ce cas, intervenir, *car il est impossible à l'utérus incarcéré* de se développer, et il faut ou l'avortement ou l'intervention par l'hystérectomie abdominale. Or, c'est à l'hystérectomie qu'il faut recourir et le plus tôt possible. Enfin un kyste (dans le cas auquel je fais allusion, un kyste dermoïde à petit développement) qui sommeillait dans le petit bassin, peut être expulsé par le développement d'un utérus gravide et arriver dans le ventre avec des attaches tiraillées ou un pédicule tordu qui en compromettent la vitalité. De là des accidents de péritonite parfois très aigus et très graves. Or, comme il existait des signes de grossesse, l'explosion des accidents péritonitiques fait croire à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Nouveau procédé pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

M. A. Malherbe. — L'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général est de date toute récente. Les premiers essais remontent à 1898. Ils ont été faits à la clinique du professeur von Hacker, à Inspruck. Depuis, quelques rares chirurgiens ont essayé d'utiliser cet anesthésique, néanmoins son usage est encore fort peu répandu. Nous avons essayé de rendre cette technique à la fois simple et facile et nous croyons y avoir pleinement réussi. C'est le résultat de nos observations sur ce nouvel anesthésique, en même temps que la part contributive par nous apportée à la

technique de son administration qui font l'objet de ce travail. Bien que possédant de grandes analogies avec le bromure d'éthyle, le chlorure nous a paru présenter sur ce dernier une supériorité assez manifeste pour que, dans notre pratique, nous n'ayons pas hésité à remplacer le bromure par le chlorure. Nous pensons avoir actuellement un nombre suffisant de narcoses au chlorure (170) pour formuler une opinion sur ce sujet. Avec l'aide de notre élève et ami M. Stepinski, nous avons tout d'abord procédé à quelques expériences sur le chien, qui ont donné des résultats satisfaisants.

D'autre part, nous avons pratiqué 170 narcoses avec le chlorure d'éthyle chez l'homme, tant à l'hôpital qu'en clientèle, se décomposant en : 1° 140 *anesthésies au chlorure d'éthyle seul* pour différentes petites opérations sur les voies respiratoires supérieures : curettages de végétations adénoïdes, ablation et morcellement d'amygdales, redressement de la cloison nasale par morcellement, antrotomie, ablations de kystes, etc. Presque toutes ces anesthésies ont été pratiquées dans la position de Rose : elles ont eu lieu chez l'enfant et chez l'adulte. L'âge des malades a varié de deux mois à quarante ans : 2° 30 *anesthésies mixtes*, c'est-à-dire chlorure d'éthyle suivi de chloroforme, également chez l'enfant et chez l'adulte, pour diverses interventions : évidements pétro-mastoïdiens, ouvertures d'abcès, résections osseuses, opérations abdominales, etc. Les différentes constatations et observations que nous avons faites sur l'animal et sur l'homme nous permettent de résumer, comme suit, les avantages sérieux et indiscutables du chlorure d'éthyle :

1° Il n'est pas besoin d'employer de fortes doses pour obtenir l'anesthésie. Nous évaluons entre 2 et 4 grammes la quantité de chlorure nécessaire, quantité bien inférieure à celle qu'il faut utiliser pour la narcose avec le bromure. Ces 2 à 4 grammes de chlorure doivent être versés sur une compresse, ainsi que nous le dirons tout à l'heure, et celle-ci appliquée hermétiquement sur le nez et la bouche du patient, de façon à ne pas laisser respirer d'air.

2° La narcose complète est obtenue dans un temps également plus rapide. Parfois même, cette rapidité est extraordinaire : quelques malades sont sidérés en dix secondes. En général, vingt-cinq à quarante secondes suffisent pour produire l'anesthésie. Celle-ci est caractérisée par un sommeil tranquille qu'accompagne parfois un léger ronflement.

3° Beaucoup de malades ne présentent aucune coloration des téguments. Quelques-uns cependant, surtout ceux qui se contractent et retiennent leur respiration, ont une légère congestion de la face et des conjonctives. Jamais nous n'avons observé de cyanose.

4° Il n'y a pas d'agitation comparable à celle que provoque le bromure d'éthyle. Certains malades exécutent bien quelques mouvements de défense, mais c'est seulement dans les premières secondes de l'application de la compresse et lorsqu'il s'agit de nerveux et d'alcooliques. Beaucoup restent tout à fait calmes.

5° Les malades s'endorment généralement sans présenter de contracture : si parfois il en existe un peu, ce qui est extrêmement rare, elle est incomplète et cède immédiatement. En tous cas, il n'y a pas de trismus, comme cela est si fréquent avec le bromure d'éthyle. Nous avons également noté l'absence totale de salivation, de larmoiement, en un mot des sécrétions glandulaires que provoquent les vapeurs bromurées. Comme pour le bromure, mais cependant moins souvent, nous avons observé chez quelques enfants de l'émission d'urine. Cette émission se produisait toujours au début de l'anesthésie, sous l'influence des efforts et chez les enfants qui n'avaient pas pris soin d'uriner depuis longtemps.

6° Le chlorure d'éthyle nous a paru réussir aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et ne provoque aucun trouble consécutif. Il se conserve d'ailleurs plus facilement et a moins de tendance à s'altérer à la lumière que le bromure.

7° Tous ceux qui ont fait usage du chlorure n'ont signalé jusqu'ici aucun danger. Nous-mêmes, n'avons jamais observé le moindre symptôme inquiétant. D'ailleurs, dans nos expériences, nous n'avons pas pu réussir à tuer des chiens avec cet anesthésique.

8° Nous n'avons pas constaté de vomissements à la suite de l'inhalation du chlorure seul. Dans les anesthésies mixtes : chlorure suivi de chloroforme, les vomissements ont presque toujours fait défaut, et quand il y en a eu, ils se sont montrés peu fréquents et peu abondants.

9° Le réveil est, en général, très rapide ; il a lieu au bout de trois à quatre minutes. Le retour à la conscience se fait plus facilement qu'avec le bromure ; il n'y pas cet état d'hébétude qu'on observe si souvent avec ce dernier anesthésique. Revenus à eux, les malades ont une plus grande lucidité d'esprit. Avant que les malades ne se réveillent complètement, on peut, avec une nouvelle dose de chlorure inhalée, maintenir le sommeil ; des doses successives peuvent plus facilement être données, car le chlorure est moins toxique que le bromure. Il est ainsi facile de réappliquer quatre et cinq fois la compresse, sans pour cela dépasser 15 à 20 gr. de chlorure, ce qui permet de faire des interventions de quinze à vingt minutes. Les malades, qui ont été endormis au chlorure d'éthyle seul, peuvent, au réveil, se lever et marcher immédiatement sans aucun danger de syncope.

10° Enfin, le chlorure d'éthyle présente encore, comme dernier avantage, de ne pas donner aux patients cette odeur particulière, alliacée de l'haleine, que provoque l'élimination du bromure pendant quarante-huit heures.

Administration du chlorure d'éthyle. — Les chirurgiens qui jusqu'à présent ont utilisé les vapeurs de chlorure pour l'anesthésie générale, se sont servi d'un masque se rapprochant de celui dont on fait usage pour les inhalations de protoxyde d'azote. Le plus employé est pourvu, à sa partie supérieure, de deux soupapes : sur l'une d'elles on adapte le récipient contenant le tampon imbibé de chlorure d'éthyle, l'autre sert à la sortie de l'air expiré. Quelques opérateurs ont utilisé un masque ordinaire ou un masque bourré de coton. Avec ces divers appareils, on peut évidemment obtenir l'anesthésie, mais c'est toujours après un long temps et avec une dépense considérable et inutile de liquide.

De plus, ces masques sont fragiles et malpropres, car ils ne peuvent être aseptisés. Ils ont, en outre, le grand inconvénient de cacher toute la face et sont incompatibles avec certaines opérations pratiquées sur cette région. Telle n'est pas notre manière de faire. Nous avons expérimenté un nouveau mode d'administration du chlorure qu'on pourrait appeler *procédé de la compresse*. Il est des plus simples et des plus pratiques. Il suffit, en effet, d'une simple compresse pliée en quatre épaisseurs. Cette compresse, tapissant l'intérieur de la main droite fortement creusée, de façon à éviter une trop grande surface d'évaporation, on dirige, dans le creux de la compresse, le jet de deux tubes de chlorure d'éthyle, tubes qui servent ordinairement à l'anesthésie locale. Suivant l'âge, de 2 à 3 gr. de liquide suffisent. Grâce à ce moyen l'évaporation est presque nulle. Sans perdre de temps, le malade étant couché dans le décubitus dorsal, on applique la compresse, toujours disposée en cornet et recouverte par la face palmaire de la main droite, sur le nez et la bouche du patient en l'invitant à faire des inspirations profondes. De la main gauche on maintient la tête et la mâchoire inférieure. *Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air.* Lorsque les malades font de grandes inspirations ou lorsqu'ils poussent des cris, comme cela arrive chez les enfants, ils sont parfois sidérés avec une rapidité étonnante : dix à quinze secondes. Il arrive que certains malades retiennent leur respiration pendant quelques secondes ; il suffit alors de soulever légèrement, puis de réappliquer aussitôt la compresse, pour les voir immédiatement faire une inspiration profonde, suivie d'autres inspirations régulières, et, en une vingtaine de secondes, l'anesthésie est complète, sans qu'il soit nécessaire de recourir jamais à d'autre quantité de liquide. L'agitation manque souvent, ou elle se manifeste par quelques mouvements de défense qui durent, d'ailleurs, très peu de temps. Cette agitation s'observe surtout chez les nerveux et les alcooliques.

Celle-ci est caractérisée par la *résolution musculaire*, qui, avec le chlorure, n'est pas précédée d'une période de contrac

ture ; puis par le *rythme respiratoire*, qui est *régulier* s'accompagne quelquefois d'un léger ronflement. Enfin, la main qui recouvre la compresse éprouve la *sensation d'une evaporation froide* qui, chassée par l'expiration, vient passer entre les espaces digitaux. Ces trois signes sont, suivant nous, pathognomoniques de la narcose complète.

La face reste, la plupart du temps, normale ; parfois elle se congestionne légèrement, en même temps que les conjonctives s'injectent. La pupille est un peu dilatée et les yeux, insensibles au toucher, se convulsent souvent en haut. Quand on soulève un des membres et qu'on l'abandonne, il retombe inerte ; le malade est dans la résolution musculaire. C'est ce moment que nous utilisons pour nos interventions.

Si l'opération est un peu longue, et pour éviter le réveil, nous n'hésitons pas à verser de nouveau sur la compresse, de la même façon que la première fois, une nouvelle quantité de chlorure d'éthyle (2 grammes environ), et même une troisième et une quatrième fois, si cela est nécessaire. En espaçant ainsi les doses toutes les quatre ou cinq minutes, on atteint à peine 15 grammes de liquide et on a largement le temps de pratiquer un grand nombre de petites opérations puisque les malades restent ainsi insensibles pendant cinq, dix, quinze et vingt minutes. Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'opérations devant durer un certain temps, dès que le malade est dans la résolution, nous remplaçons la compresse de chlorure par une autre compresse, sur laquelle nous avons versé du chloroforme, et nous l'appliquons vivement sur le nez et la bouche du patient sans lui laisser respirer d'air. Nous continuons ensuite la narcose au chloroforme par le procédé des petites doses, sans air. L'effet de cet anesthésique se substitue, dans ces conditions, sans réaction appréciable du malade, à l'effet du chlorure d'éthyle. Les avantages de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle administré par notre procédé sont, croyons nous, des plus manifestes. C'est d'abord la *simplicité*, puisque, sans appareils spéciaux, plus ou moins encombrants et malpropres, il suffit d'une simple compresse et de quelques tubes de chlorure d'éthyle — ceux-là même qui servent à l'anesthésie locale — pour provoquer une narcose susceptible de faire un grand nombre d'interventions de courte durée. Puis, c'est *l'innocuité absolue* par suite de la quantité vraiment minime de liquide nécessaire à cette anesthésie. Chez les enfants, avec deux tubes de 10 gr., nous pratiquons facilement six opérations. Enfin, c'est la *rapidité* avec laquelle on obtient une narcose entièrement inoffensive et permettant les opérations les plus douloureuses.

Nous signalerons encore, en terminant, les précieux avantages du chlorure d'éthyle dans l'anesthésie mixte. Outre que, grâce à son emploi, on supprime les dangers, toujours grands, d'une syncope mortelle au début de la chloroformisation, on gagne un temps considérable, en évitant cette période parfois si longue qui précède l'anesthésie chloroformique. Enfin, la quantité de chloroforme absorbée par le patient est aussi réduite dans de fortes proportions, d'où peut-être le choc moins considérable qui en résulte et le peu de troubles gastriques observés à la suite de ce genre d'anesthésie.

Le traitement des adénites tuberculeuses.

M. Calot (de Berck). — « Je ne me laisserai pas de répéter qu'il ne faut extirper les adénites tuberculeuses que si tous les autres moyens ont échoué.... Les cas d'extirpation ne sont donc que le rebut des autres méthodes. Dans la clientèle, les indications opératoires sont exceptionnelles ». Je m'associe pleinement à ces paroles de notre rapporteur en regrettant de voir cette déclaration si nette mais si brève perdue dans les longs développements qu'il donne à la technique de l'extirpation. Je n'ai jamais dit autre chose et je n'en demande pas davantage. Je ne fais l'extirpation que si les autres moyens ont échoué et je ne la fais jamais qu'à regret, estimant que, dans cette manifestation, comme dans toutes les autres localisations de la tuberculose externe, l'avenir est à la chirurgie conservatrice et non pas à la chirurgie opératoire.

En présence d'une tuberculose externe, le chirurgien assure le repos et un bon traitement général au malade ; si en outre, on peut le faire vivre au bord de la mer, l'on voit après un un temps plus ou moins long le foyer disparaître par résolution, c'est la guérison spontanée ; — le chirurgien se bornant à faire un traitement orthopédique lorsqu'il s'agit de tuberculose des os ou des articulations. Le foyer tuberculeux, lorsqu'il ne se termine pas ainsi, aboutit au ramollissement. Alors le chirurgien intervient non pour extirper la lésion mais pour traiter cette poche par des ponctions et des injections modificatrices — et la guérison est obtenue ainsi — par un chirurgien ayant l'habitude de la méthode, plus parfaitement que par une opération sanglante et sans mutilation. Pourquoi les chirurgiens qui acceptent ces principes thérapeutiques en présence de toutes les autres tuberculoses externes les méconnaissent-ils lorsqu'il s'agit de la tuberculose des ganglions du cou ? La chirurgie conservatrice a depuis 15 ans détrôné partout ailleurs la chirurgie interventionniste — celle-ci ne saurait donner ici des guérisons plus complètes plus durables que partout ailleurs, ni de moindres mutilations, car elle laisse des cicatrices disgracieuses, stigmates indélébiles de la scrofule. Il faut s'en passer aussi souvent qu'on le peut et ne la considérer que comme un pis aller. L'on sait dès maintenant guérir sans extirpation dans tous les cas d'adénites ramollies — en les traitant par des ponctions et des injections modificatrices.

Dans les cas d'adénite dure, l'on n'a pas davantage le droit d'opérer immédiatement, pas plus que ce droit n'existe en présence d'une coxalgie, parce que cette adénite dure va, dans plus de moitié des cas, se ramollir un peu plus tôt, un peu plus tard, et nous rentrons dans le cas précédent. Il faut donc attendre et guetter ce moment où va se produire ce ramollissement favorable. L'adénite qui ne se ramollit pas a de très grandes chances de se résorber spontanément, et l'on y aide par un bon traitement général et le séjour prolongé au bord de la mer. Ce n'est que dans les cas exceptionnels, suivant l'aveu de notre rapporteur, où malgré tout, malgré ce très long temps attendu une ou plusieurs années, comme l'on fait pour une coxalgie et il n'y a aucun inconvénient à attendre soit au bord de la mer, soit même ailleurs, ce n'est que dans ces cas exceptionnels où l'adénite ne se ramollit ni ne se résorbe, où elle ne bouge plus, que l'on a le droit d'intervenir. On essayera d'abord de provoquer artificiellement soit la résolution, soit le ramollissement de l'adénite par une méthode capable de sauvegarder l'intégrité de la peau, c'est-à-dire par des injections intra-ganglionnaires. Résolution et ramollissement ont été souvent obtenus par ces injections. On saura mieux l'obtenir encore lorsqu'on aura perfectionné davantage cette méthode. C'est dans ce sens qu'il faut travailler, selon moi, bien plutôt que dans le sens d'une modification de la technique de l'extirpation. Celle-ci deviendra ainsi de plus en plus exceptionnelle. Les adénites comme toutes les autres tuberculoses externes seront guéries par les seules ressources de chirurgie conservatrice pour le plus grand bénéfice des malades.

Conditions que doit remplir un appareil pour réaliser l'immobilisation parfaite de la hanche.

M. Calot (de Berck). — Les gouttières sont manifestement insuffisantes, de même les appareils amovibles. Le seul appareil qui permette d'arriver à une immobilisation très exacte de la hanche est l'appareil plâtré. Mais les appareils plâtrés tels que les font tous les chirurgiens sont défectueux ou plutôt ne sont pas assez précis ; si bien que, dans les maladies où la hanche a grande tendance à se déplacer, elle le peut dans la mesure de un à quelques centimètres. Cette tendance existe après la réduction de la luxation congénitale de la hanche, après la fracture du col fémoral, et surtout dans les formes rebelles de la coxalgie, où la jambe, au début, tend à l'allongement et au contraire au raccourcissement à la fin de la maladie. Les appareils plâtrés ordinaires sont défectueux, surtout dans leur partie supérieure. Si l'immobilisation du fémur est assez facilement réalisée par un appareil embrassant la jambe jusqu'au pied inclusivement et même par un appareil s'arrêtant à l'interligne du genou, échancré en demi-lune en avant et en arrière, par contre l'os iliaque n'est

pas fixé dans les appareils plâtrés actuels même lorsqu'on remplace la ouate par un caleçon, même lorsqu'ils sont bien serrés. Je serais même tenté de dire que plus ils seront serrés plus l'enfant aura une tendance instinctive à déplacer son os iliaque, remontant ou abaissant son épine iliaque parce qu'il échappera ainsi à la compression de l'appareil, la projection de l'os iliaque oblique sur l'appareil étant plus petite que celle de l'os iliaque horizontal, par conséquent l'enfant se trouvera d'autant plus à son aise dans son appareil qu'il se mettra dans une position plus oblique. Le seul moyen d'empêcher ces déplacements de l'os iliaque.c'est d'enchasser les crêtes iliaques des deux côtés dans une gouttière profonde de l'appareil plâtré. Pour créer ces gouttières avant que l'appareil plâtré ne soit sec, on embrasse avec les 2 mains les 3/4 postérieurs de la circonférence supérieure de l'appareil ; les pulpes des 4 derniers doigts des 2 mains se rejoignent presque en arrière, et avec les 2 bords externes on exerce une dépression profonde du plâtre, juste au-dessus des crêtes iliaques ; un aide creuse de même une dépression profonde devant les bords antérieurs des os iliaques. Par les gouttières, les mouvements d'ascension de l'os iliaque malade sont empêchés, mais son mouvement de descente aussi, grâce à la présence d'une gouttière au-dessus de la crête iliaque du côté opposé, l'une ne pouvant s'élever qu'autant que l'autre s'abaisse. Les 2 gouttières antérieures empêchent les mouvements de flexion de l'os iliaque. L'appareil se relève d'un doigt au-dessus des gouttières latérales sur les fausses côtes. Grâce à cet appareil, très bien toléré, l'on obtient. dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche des fractures du col fémoral, et surtout des formes rebelles de la coxalgie, des résultats incomparablement supérieurs à ceux qu'on peut obtenir avec les appareils plâtrés ordinaires.

Sur le traitement chirurgical de la paralysie infantile.

M. Calot (de Berck). — Le chirurgien et l'orthopédiste revendiquent, chacun de son côté, le traitement de la paralysie infantile. Le chirurgien veut arriver à supprimer pour ces malades l'usage de tout appareil,et l'orthopédiste pour ces mêmes malades proscrit toute opération chirurgicale pour s'en tenir aux seuls appareils. Ecoutez-les séparément : l'un et l'autre paraissent avoir raison. La paralysie infantile frappe les os, ou les articulations, ou les muscles — les os, pour amener le raccourcissement des membres, les articulations pour donner des jointures ballantes, les muscles pour les anéantir en totalité ou en partie, lésions des os. des jointures et des muscles qui entraînent à leur suite des déviations. Le chirurgien corrige les déviations en supprimant par le bistouri et la scie tous les obstacles.

Il corrige le raccourcissement du membre par une arthrodèse du pied en extension ou l'opération de Wladimirow-Mikulicz. Il soude par l'arthrodèse les articulations ballantes. Il fait contre la lésion des muscles leur anastomose avec des allongements ou raccourcissements tendineux. L'orthopédiste corrige les déviations avec des appareils articulés à vis réglables. Il corrige le raccourcissement avec des chaussures appropriées : la laxité des articulations, par des appareils rigides ou articulés, pouvant être fixés pendant la marche et rendus mobiles pour la position assise à l'aide d'un verrou. Il remplace les muscles paralysés par des muscles artificiels, ressorts métalliques ou en caoutchouc. De ces deux méthodes, quelle est la meilleure ? Il ne faut pas préférer (comme c'est notre tendance actuelle) celle avec laquelle nous sommes le plus familiers, pour cette raison que nous la connaissons mieux, mais celle qui donne les meilleurs résultats.

Voici mon sentiment à ce sujet : Pour lutter contre les raccourcissements du membre, une chaussure bien faite, avec moulage du pied pris dans des conditions spéciales, rend la marche plus facile et meilleure que Mikulicz, de l'aveu d'un grand opérateur Ollier, lui-même, et l'on évite ainsi l'avantage n'est point négligeable d'une opération sanglante. L'arthrodèse a donné beaucoup de mécomptes et ne doit plus guère être faite qu'au genou, et dans quelques cas, au cou-de-pied pour les enfants de l'hôpital. Chez les enfants de la ville, les appareils sont toujours préférables, si ce n'est peut être au genou. C'est tantôt un appareil rigide, tantôt, et mieux, un appareil articulé, avec un verrou qui fixe la jointure pour la marche et lui rend sa mobilité pour la position assise.

Pour les lésions des muscles, ces anastomoses musculaires sont très en honneur à l'heure actuelle, mais je crois, avec Kirmisson, que, bien que cette intervention soit très séduisante et ait donné à Péraire de beaux résultats, il faut être réservé sur son avenir, tandis que la méthode essentiellement française du remplacement des muscles perdus par des muscles artificiels en caoutchouc, a fait ses preuves pour les mêmes cas. Quant à la correction des déviations déjà produites par la paralysie infantile, la chirurgie les corrige d'un coup parfaitement par des procédés d'une bénignité assurée et ces redressements immédiats doivent être préférés aux lents et parfois incomplets redressements que donnent les appareils. C'est seulement après avoir obtenu d'un coup le redressement qu'on appliquera les appareils. En résumé, pas d'exclusivisme : ce n'est pas trop d'avoir à sa disposition les ressources réunies de la chirurgie et de l'orthopédie, pour combattre une maladie aussi lamentable que la paralysie infantile. Au lieu de condamner d'avance des appareils sous prétexte qu'ils sont lourds et compliqués, le chirurgien devrait apprendre à s'en servir, et s'attacher à en perfectionner le mécanisme. Les appareils en celluloïd que j'ai fait fabriquer le premier en France sont très légers et sont bien tolérés ; on peut les fabriquer n'importe où, à plus forte raison dans les grands centres où se trouvent généralement les chirurgiens qui traitent la paralysie infantile par des opérations sanglantes. A part les enfants de l'hôpital, chez qui l'on croit par une opération pouvoir arriver à se passer d'appareils, ce qui est loin d'être la règle, on peut dire, d'une manière générale, que la plus grande partie des paralysies infantiles sont du domaine de l'orthopedie combinée suivant les cas avec quelques bénignes interventions chirurgicales, ce qui veut dire que ce traitement, pour donner le maximum de résultats, devrait être conduit du commencement à la fin par un véritable chirurgien et non par un bandagiste.

Du pneumothorax chirurgical ; ses dangers et sa valeur au point de vue de la chirurgie pleuro-pulmonaire, d'après six observations.

M. H. Delagenière (du Mans). — Le pneumothorax survenant au cours d'opérations sur le poumon, lorsque la plèvre est saine ou dépourvue d'adhérences, a été considéré à tort comme un accident grave. C'est un accident qui peut être sérieux si on le provoque brusquement. Si, au contraire, on le provoque lentement, il perd sa gravité, d'autant que nous avons un moyen infaillible et très simple de l'arrêter dans sa formation. Ce moyen, qui nous a réussi dans 3 cas d'ouverture accidentelle de la plèvre, consiste à attirer le poumon dans l'ouverture pleurale et à l'y suturer. Le pneumothorax provoqué lentement constitue à lui seul un moyen efficace pour arrêter certaines hémorragies pulmonaires graves. Il nous a pleinement réussi dans un cas de blessure du poumon par arme à feu ; le poumon en s'affaissant obtura sans doute le vaisseau lésé. Non seulement le pneumothorax provoqué d'après les règles ci-dessus n'a pas d'importance pendant l'opération, mais il n'en a pas non plus dans la suite, après l'opération, à la condition d'évacuer au moyen d'un aspirateur Potain l'air contenu dans la plèvre quand l'exploration est terminée et que le poumon est extériorisé et la plèvre suturée. Ce moyen très simple que nous avons employé après une exploration simple de la plèvre, et dans un cas d'abcès central du poumon, a parfaitement réussi. Le poumon a aussitôt repris son volume primitif et les deux malades n'ont éprouvé aucune gêne respiratoire, ni aucun point de côté après l'opération. Il est donc logique, au cours d'interventions pratiquées sur le poumon, lorsque le diagnostic est incertain et lorsque les plèvres sont saines, de provoquer un pneumothorax, d'ouvrir ensuite largement la plèvre pour explorer toute la cavité pleurale et le poumon tout entier. L'exploration du poumon se fait au moyen d'une sorte de pétrissage du poumon avec la main, on reconnaît les parties indurées

et hépatisées. On peut facilement extérioriser l'organe dans l'endroit qui répond à la collection ou au foyer découvert. Puis quand le poumon est ainsi extériorisé sur un point de sa surface au moyen de sutures, on ferme hermétiquement la plèvre, puis avec l'aspirateur on la débarrasse de l'air du pneumothorax. On termine l'opération en incisant le poumon, ouvrant et nettoyant le foyer que l'on draine soit avec de la gaze, soit avec des drains ; on rabat enfin le lambeau cutané et on le suture comme à l'ordinaire. Nous avons exécuté l'opération dans tous ses détails et avec un plein succès, chez un malade atteint d'abcès central du poumon dont nous rapportons l'histoire. La méthode générale que nous proposons est consacrée par des observations concluantes de malades opérés par nous.

Quelques faits de rachicocaïnisation.

M. F. Villar (de Bordeaux). — Je viens apporter les résultats de ma pratique personnelle au sujet de la cocaïnisation lombaire. Dans une première série, sur 36 injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne, deux fois l'analgésie ne fut pas complète ; il s'agissait, dans ces deux cas, de laparotomies, et je m'étais servi de solutions de cocaïne, de vieille date. Dans les autres cas, l'insensibilité fut parfaite. Les opérations ainsi pratiquées ont porté sur l'abdomen, les membres inférieurs, les organes génitaux, l'anus. J'ai suivi la technique opératoire indiquée par Tuffier, mais en me servant de l'aiguille nº 3 de Dieulafoy, dans l'intérieur de laquelle j'avais soin de passer un fil d'argent. Le plus souvent j'ai injecté, 4 centigr. de la solution de cocaïne préparée par MM. Hallion et Carrion. Je n'ai jamais eu à enregistrer aucun accident sérieux. L'analgésie remontait, en général, jusqu'au-dessous du rebord costal ; elle a quelquefois gagné les membres supérieurs et le cou. Dans une deuxième série, j'ai pratiqué une quarantaine de rachicocaïnisations sans accident. Je me suis servi, dans ces cas, d'une solution de cocaïne stérilisée à 120º à l'autoclave. La cocaïnisation lombaire n'est pas une méthode de choix, mais elle n'a pas de gravité et présente certains avantages : suppression d'un aide, indications chez les malades atteints d'affections poitrinaires, possibilité de se faire aider par le malade en certaines circonstances, absence de shock opératoire.

Traitement de certaines splénomégalies par l'exosplénopexie.

M. F. Villar (de Bordeaux). — L'exosplénopexie ou extériorisation de la rate est une méthode de traitement pouvant remplacer la splénectomie dans certains cas spéciaux, mais dont il y est difficile, à l'heure actuelle, de préciser les indications. Sur les six cas connus (Jaboulay, Houzel, Quénu et Baudet, Baudrimont : 1 cas ; Villar : 2 cas), il y a deux guérisons complètes. Deux malades sont morts, l'un 17 jours après l'opération d'un phlegmon gangreneux du cou, l'autre, de cachexie au bout de trois mois. Les deux autres ont succombé deux jours et trois jours et demi après l'opération. Les deux guérisons se rapportent, l'une à une splénomégalie non leucémique, l'autre à une tuberculose primitive de la rate.

Des procédés opératoires pour l'ablation du Ganglion de Gasser.

M. Villar (de Bordeaux). — Ayant eu l'occasion de pratiquer cette année l'extirpation du ganglion de Gasser, j'ai entrepris des expériences cadavériques dans le but de bien apprécier les avantages et les inconvénients des différentes méthodes qui ont été proposées pour l'ablation de cet organe. On sait que trois voies s'offrent au chirurgien pour aborder le ganglion de Gasser : la voie basale, la voie temporale, la voie temporo-basale. On a proposé, en outre, d'attaquer le ganglion à travers la dure-mère largement incisée ; c'est le procédé intra-dure-mérien. La voie basale est abandonnée, car elle donne réellement trop peu de jour : le parallèle ne doit donc être établi qu'entre les voies temporale et temporo-basale. Or, la voie temporo-basale est celle qui donne le plus large accès vers la face antérieure du rocher, permettant ainsi d'arriver plus facilement sur le ganglion, d'éviter les organes avoisinants (carotide interne, sinus caverneux) et de parer aux accidents s'ils surviennent. M'inspirant de ce qui a été écrit sur la question, de ce que j'ai fait sur le vivant et de ce que m'ont démontré les expériences cadavériques, je me suis arrêté à un procédé par voie temporo-basale, caractérisé surtout par l'étendue du lambeau cutané et de la brèche osseuse, et par la ligature systématique de l'artère méningée moyenne, en dehors du crâne.

De la valeur de la gastro-entérostomie en Y pour les affections non cancéreuses de l'estomac, susceptibles de guérir par l'opération.

M. Pantaloni (de Marseille). — Ce chirurgien présente au Congrès sa deuxième statistique de chirurgie stomacale, relative à 25 cas d'affections non cancéreuses opérées en deux années, par le procédé de gastro-entérostosmie en Y. Il a obtenu 24 guérisons et n'a eu à enregistrer qu'un décès, soit une mortalité de 4 pour cent. L'auteur a insisté sur les points suivants : d'abord la bénignité du procédé dans les cas d'affections non cancéreuses, c'est-à-dire, le rétrécissement pylorique, l'ulcère, la dislocation, le spasme, etc. L'opération ne semble contre-indiquée que lors de manifestations stomacales placées sous l'influence exclusive du système nerveux. Ensuite sur la supériorité du procédé en Y sur les autres modes de gastro entérostomie ; enfin sur la nécessité, pour la marche en avant de la chirurgie de l'estomac, de publier non pas des chiffres de statistique, mais des observations très détaillées, de façon à mettre en regard les symptômes accusés par les malades et les lésions constatées par l'opérateur. C'est ainsi qu'on refera la pathologie scientifique de l'estomac et l'éducation des médecins, et la révolution qui s'est produite pour la gynécologie se réalisera de suite pour l'estomac. (*A suivre*).

VARIA

L'élection de M. le Pr DEBOVE, au décanat de la Faculté de Médecine de Paris.

M. le Pr Brouardel, arrivé au terme de son mandat, a voulu quitter son poste de doyen de la Faculté de médecine de Paris, quelques mois avant l'expiration de ses pouvoirs : le but de cette retraite anticipée, quoiqu'on en ai dit, était simplement le désir de M. Brouardel, de voir son successeur faire partie du Conseil de surveillance de l'Assistance Publique. Jeudi, 14 novembre, à 3 heures, les membres de la Faculté, comprenant les professeurs de la Faculté, les agrégés chargés de cours et de conférences en exercice, et les chefs de travaux pratiques ayant le titre d'agrégés, se sont réunis et ont procédé à l'élection du doyen. M. le Pr Debove, dont nous donnerons prochainement la biographie, a obtenu au second tour 48 voix et a été déclaré élu. Voici les détails des deux tours de scrutin.

	1er tour	2e tour
MM. Brouardel	1	»
Chantemesse	3	»
Debove	3	**48**
Dieulafoy	»	1
Pinard	18	2
Raymond	3	»
Richet	3	1
Tillaux	2	»
Bulletins blancs	23	4
	56	56

A propos de l'élection du Professeur Debove, nous croyons intéressant d'énumérer les doyens de la Faculté de Médecine pendant le XIXe siècle : Thouret, 1794-1810 ; Le Roux, 1810-1822 ; Landri-Beauvais, 1823-1830 ; Antoine-Dubois, 1830-1831 ; Orfila, 1831-1848 ; Bouillaud, 1848-1848 ; Bérard, 1848-1852 ; Paul Dubois (fils d'Antoine), 1852-1862, Rayer, 1862-1864 ; Tardieu, 1864-1866 ; Wurtz, 1866-1875 ; Vulpian, 1875-1881 ; Béclard, 1881-1887 ; Brouardel, 1887-1901.

Danger des Fourmis.

A Schlang (Bohême), une ouvrière agricole avait avec elle, dans les champs, son bébé de cinq semaines. Elle l'avait placé sur le gazon et s'était mise au travail. Peu de temps après, le bébé commença à crier violemment, mais la mère ne se dérangea pas. Quand enfin, après une demi-heure, elle retourna auprès de son enfant, elle le vit couvert de milliers de fourmis, qui avaient détruit les yeux, qui remplissaient et mangeaient le nez, la bouche et la gorge, et qui s'étaient introduites à travers la peau dans le ventre. Le pauvre bébé a succombé. (*Bonhomme Normand*, 30 août, 5 septembre).

FORMULES

XXIII. — Contre les vertiges

Chloralamide	2 gr.
Bromure de potassium	2 gr.
Eau chloroformée	10 gr.
Teinture de zestes d'oranges	15 gr.
Eau distillée	180 gr.

par cuill. à soupe de demi-heure en demi-heure.

(Cunard, cité par G. Lyon.)

THERAPEUTIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques.

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, insoluble dans l'alcool chaud, l'éther, les essences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques remarquables bien mis en lumière par le Dr de Korab dans diverses communications, notamment à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, tarit l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un véritable pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action préventive et curative sur l'hémoptysie, excite l'appétit, facilite la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. On la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

Actes et Thèses de la Faculté.

Examens. — Lundi 25. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*). Oral. (n. r.) MM. Kirmisson, Poirier, Wallich. — 4e *de Doctorat.* (a. r.) MM. Fournier, Gaucher, Teissier. — 5e *de Doctorat, Chirurgie.* (1re *partie*). (1re *série*). MM. Lannelongue, Mauclaire et Legueu. 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). (2e *Série*). MM. Terrier. Delens, Walther. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Hayem, Bezançon, Legry.

Mardi 26. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*) Oral (a. r.) MM. Budin, Schwartz, Marion. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*). Oral (n. r.). MM. Pozzi, Quenu, Demelin.— 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (a. r.) MM. Joffroy, Charrin, Renon. — 4e *de Doctorat.* (a. r.). MM. Proust, Chantemesse, Chassevant. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). MM. Guyon, De Lapersonne, Faure. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (1re *Série*). MM. Dieulafoy, Achard, Vaquez. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (2e *Série*). MM. Raymond, Gouget, Jeanselme.

Mercredi 27. — 2e *de Doctorat.* MM. Gariel, Retterer, Gley.

Jeudi 28. — *Médecine opératoire.* MM. Schwartz, Thiéry, Hartmann. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*) (a. r.) MM. Mery, Teissier, Thiroloix.

Vendredi 29. — 4e *de Doctorat.* (n. r.) MM. Pouchet, Vidal, Wurtz.— 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *Partie*). (1re *Série*). MM. Lannelongue, Legueu, Gosset. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). (2e *Série*). MM. Kirmisson, Delens, Walther. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Landouzy, Teissier, Bezançon. — 5e *de Doctorat. Obstétrique.* (1re *partie*). MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 30. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (n. r.) MM. Gautier, Cornil, Thiroloix. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (a. r.) MM. Hutinel, Charrin, Launois. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). Oral (n. r.) MM. Chantemesse, Mery, Gouget. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). MM. Berger, Hartmann, Marion. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Debove, Dupré, Renon — 5e *de Doctorat. Chirurgie* (1re *partie*). MM. Pozzi, Thiéry, Faure. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Joffroy, Raymond, Achard. — 5e *de Doctorat. Obstétrique.* (1re *partie*). MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Thèses. — Mercredi 27. — MM. Delor. Des injections intra-trachéales vraies et directes dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. — Gilbert. Relation entre la chlorose et l'albuminurie des femmes enceintes. — Thomin. Traitement prophylactique des ophtalmies purulentes des nouveau-nés par l'amniodol. — Dupuy. Traitement du lupus par le permanganate de potasse. — Dassonville. Etude sur le chancre syphilitique de l'urèthre chez la femme. Ferras. Recherches sur la nutrition chez les syphilitiques par l'analyse chimique des urines. — Gimbal. De la sitiophobie et de son traitement. — Pellet. Contribution à l'étude de l'hépatoptose. — Picart. Etude pratique de l'extension continue et de ses résultats. — Bordenave. L'analgésie chirurgicale par les injections de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire. — Dalmais. Du rhumatisme dans ses localisations primitives cardiaques. — Girard Le foie diphtérique. — Reynaud. Contribution à l'étude de la douleur phrénique au cours de la tuberculose pulmonaire. — Toussaint. Le lait de chèvre de races sélectionnées, son rôle dans l'allaitement. — Delaage. Description et fonctionnement du service civiale à l'hôpital de Lariboisière. — Marsoo. Du phlegmon ligneux. — Limasset. Essai sur l'éosinophilie dans le parasitisme vermineux chez l'homme.

Jeudi 28. — MM. Bourcille. Le devoir social des collectivités françaises envers les tuberculeux adultes indigents. — Sainton. La fièvre typhoïde chez les vieillards. — Davicion. Des nodosités rhumatismales chez les enfants. — Zarzycki. Des cornes palpébrales. — Jean. Etude comparative de la symphyséotomie et de l'opération césarienne conservatrice. — Quillier. L'eczéma des nourrissons. — Durieux. Traitement de la fièvre typhoïde infantile : étude comparée des diverses médications — Durbecc. Contribution au diagnostic de la pneumonie infantile. Duflos. La ponction lombaire en psychiatrie. — Quillon. Hypertrophie congénitale des membres. — Le Monnyer. Contribution à l'étude de la cellule nerveuse. — Guinement. Etude sur la cure radicale des hernies crurales par la voie inguinale. — Sempe. Perméabilité des séreuses à l'état pathologique. — Mainot. Du traitement des péritonites et pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses par les lavages d'eau très chaude. — Perrody. L'aérophagie. — Jullien. La dégénérescence rénale amyloïde et la perméabilité au bleu de méthylène. — Trifonoff. L'étiologie et la sérothérapie des tumeurs malignes. — Eonnet. Un pavillon de chirurgie modèle. — Nicollas. Etude sur la conjonctivite à pneumocoques. — Thuillier. Etude sur un ancien et un nouveau traitement de la syphilis. — Périer. Recherche sur les kystes pararénaux. — Berruyer. Le drainage du péritoine après la laparotomie pour lésions utéro-annexielles.

Vendredi 29. — Brillaud. Du traitement du pied bot congénital chez le nouveau-né et les jeunes enfants. — Bonjour. Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite. — Ayme. Contribution à l'étude et au traitement de l'ongle incarné.

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 3 novembre au samedi 9 novembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,036 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 414, illégitimes 132. Total 546. — *Sexe féminin* : légitimes, 382, illégitimes, 108. Total, 490.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 3 nov. au samedi 9 novembre 1901, les décès ont été au nombre de 956, savoir : 514 hommes et 442 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 1, F. 6, T. 7. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 2, T. 4. — Rougeole : M. 3, F. 1, T. 4. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 0, F. 3, T. 3. — Diphtérie et Croup : M. 10, F. 7, T. 17. — Grippe : M. 1, F. 2, T. 3. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 1, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 119, F. 79, T. 198. — Tuberculose des méninges : M. 3, F. 8, T. 11. — Autres tuberculoses : M. 3, F. 1, T. 4. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 15, F. 39, T. 54. — Méningite simple : M. 7, F. 9, T. 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 29, F. 30, T. 59. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 40, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 5, T. 16. — Bronchite chronique : M. 14,

F. 15, T. 29. — Pneumonie : M. 18, F. 16, T. 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 71, F. 42. T. 113. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 6, F. 4, T. 10 ; autre alimentation : M. 12, F. 10, T. 22. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 3, F. 3, T. 6. — Hernies, obstruction intestinale : M. 0, F. 4, T. 4. — Cirrhose du foie : M. 14, F. 13, T. 27. — Néphrite et mal de Bright : M. 15, F. 12, T. 27. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 6, T. 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14, F. 11, T. 25. — Débilité sénile : M. 11, F. 33, T. 44. — Morts violentes : M. 20. F. 9, T. 29. — Suicides : M. 7, F. 3, T. 10. — Autres maladies : M. 65, F. 33, T. 98. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 12, F. 5, T. 17.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 27, illégitimes, 16. Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 13, illégitimes, 7. — Total : 20.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 6 novembre 1901, M. le Dr Chauveau (Claude), président de la société de secours mutuels « l'Appui fraternel des Enfants de la Côte-d'Or », à Paris, est nommé chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur.

Corps de santé des troupes coloniales. — Le médecin principal de 2e classe Gallay, à Royan, est désigné pour occuper l'emploi de chef du service de santé de la brigade d'occupation de Chine.

Assistance publique. — M. André Lefèvre est nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Gaufrès, démissionnaire.

Exemple a imiter. — Parlant du Dr Emile Ballay, dans la *Revue médicale de Normandie*, du 10 novembre, le Dr P. Deroque s'exprime ainsi : « Généreux sans ostentation, d'une régularité irréprochable dans son service, les nombreux élèves qu'il a formés savent combien était grande sa bienveillance et combien il s'attachait à faire d'eux de *vrais médecins, instruits, compatissants aux misères qu'ils doivent soulager.* »

Concours de l'externat. — *Questions posées : Anatomie.* Configuration extérieure du cerveau. Triceps crural. — *Pathologie.* Complications de la blennorrhagie. Panaris. Rougeole.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de Zoologie.* (Reptiles, Batraciens et Poissons). — M. Léon Vaillant, Professeur, ouvrira ce cours le Jeudi 28 novembre 1901, à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de Zoologie, et le continuera à la même heure, les Samedis, Mardis et Jeudis suivants. Le Professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des Reptiles, tant de l'époque actuelle que fossiles, en insistant sur la répartition géographique des espèces, sur leurs propriétés utiles ou nuisibles, sur leur emploi dans l'économie domestique, dans l'industrie, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques au Laboratoire, dans les Galeries et à la Ménagerie.

Nouveaux journaux médicaux. — Deux nouveaux journaux médicaux viennent de paraître : *La Clinique générale de chirurgie*, bulletin mensuel des travaux de la clinique et revue des sciences médicales et de leurs applications à l'Anthropo-Sociologie, rédigée par MM. Aubeau et Larrivé, et la *Revue-Album*, publication fantaisiste médicale, qui est qualifiée de « critique et à illustrations gaies », ces dernières dues au crayon humoristique du directeur de la Revue, M. Jonchère. Longue vie et grand succès à ces deux nouveaux confrères.

Précocité sexuelle. — Deux enfants, le garçon de 13 ans, la fillette de 12 ans, ont quitté Reuilly pour aller vivre ensemble à Paris. Ils s'étaient retirés dans une usine en démolition et vivaient avec les comestibles volés par le gamin aux étalages. Quand on est venu chercher la fillette, elle n'a pas demandé mieux que de rentrer chez ses parents. (*Bonhomme Normand* du 6 au 12 sept. 1901.)

Les « mégots » et les maladies contagieuses. — Jersey City, 8 octobre. Le Conseil d'hygiène vient de prendre une décision qui peut intéresser les Parisiens, pour lesquels le spectacle des « ramasseurs de mégots » le long des boulevards, est chose familière. Le président du Conseil d'hygiène a, en effet, remarqué que le commerce des bouts de cigares, qui resservent, d'ailleurs, à la fabrication de nouveaux cigares et cigarettes, est la principale cause de la propagation de certaines maladies, particulièrement de la tuberculose et du cancer. Des ordres ont donc été donnés à la police pour agir contre les Italiens qui font ce commerce à Jersey City. (*New York Herald.*)

Nécrologie. — Nous apprenons [illegible] Dr Laurens, sénateur républicain de la Drôme, décédé le 18 novembre, à Nyons, à la suite d'une longue maladie, à l'âge de cinquante quatre ans. M. Laurens avait été élu pour la première fois au Sénat, à une élection partielle, le 9 avril 1893, en remplacement du Dr Chevandier, décédé. Il fut réélu au renouvellement partiel de janvier 1894 sur la liste qui comprenait M. Loubet, aujourd'hui président de la République. Maire et conseiller général de Nyons, le Dr Laurens avait servi comme aide-major durant la guerre franco-allemande. Il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur en raison du dévouement qu'il avait montré pendant une épidémie. Nous adressons à son fils, M. Paul Laurens, interne des hôpitaux, dont nous avons pu apprécier les brillantes qualités d'esprit et de cœur, ainsi qu'à tous les siens, l'expression de nos plus vifs sentiments de condoléance.

M. le Dr Gallais, de Bonneville, mort à la suite d'une maladie contractée en pratiquant une autopsie médico-légale.

Errata (*Numéro des Etudiants*)

Page 305, 2e col., ligne 18, au lieu de *Botanique*, lire et corriger : *Parasitologie*.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 48. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 30 NOVEMBRE 1901

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les formes anatomiques du Spina bifida ;

Par le Dr **André LAPOINTE**

(*Suite*).

III. — LES MYÉLOCYSTOCÈLES. — La myélocystocèle représente le deuxième groupe primordial de spina bifida kystique. C'est l'*hydrorachis interne* de Cruveilhier.

Dans ce type, tout différent des variétés précédemment étudiées, la poche qui déborde la fissure osseuse est constituée aux dépens de la cavité épendymaire elle-même, et le kyste communique, au moins à son origine, avec le canal médullaire. Plus que les myéloméningocèles, la myélocystocèle peut être le siège de modifications secondaires qui créent de grandes difficultés d'interprétation. En outre, à côté des formes pures, prennent place des formes complexes où l'hydrorachis externe s'associe à l'hydrorachis interne.

La *Myélocystocèle pure* constitue une tumeur sessile, ou pédiculée dès qu'elle prend un certain développement. La peau lui forme une enveloppe externe complète. Son aspect peut ne différer en rien de celui de la peau voisine ; mais souvent elle présente des caractères anormaux, aussi bien dans sa structure intime que dans son aspect extérieur. L'hypertrichose est fréquente à la périphérie du kyste et les poils présentent cette particularité singulière que leurs extrémités libres convergent vers le centre de la tumeur. Au centre, la peau est rosée, amincie, transparente, sillonnée de véritables vergetures, quand le liquide a présenté des variations dans sa tension. Ou bien elle est ulcérée par places, surtout au sommet du sac, accident capable de faire croire à la présence d'une aire médullo-vasculaire. Tantôt la peau est normale dans sa structure ; tantôt, au contraire, elle est en quelque sorte simplifiée. Le derme est dépourvu de papilles ; les éléments glandulaires, pileux et sudoripares sont en petit nombre, ou font même totalement défaut, indice manifeste d'un certain degré d'aplasie de la lame ectodermique. Sous la peau, le tissu cellulaire ne forme pas toujours une couche nettement isolable, en particulier sur le sommet de la tumeur, où fréquemment, on n'en trouve pas trace. Dans les cas les plus simples, à sac mince et transparent, la poche d'hydrorachis interne est immédiatement appliquée à la face profonde de la peau ; dès qu'elle est incisée, la cavité kystique est ouverte. La séparation du sac et de la peau est plus facile sur les parties latérales, et quand on a pu cliver les enveloppes superficielles jusqu'au niveau de la fissure osseuse, la myélocystocèle apparaît le plus souvent pédiculée. Un véritable collet pénètre dans le canal rachidien et s'implante sur la moelle. Mais la pédiculisation des myélocystocèles n'est pas constante, et Recklinghausen rapporte plusieurs cas où tout pédicule faisait défaut (obs. 14, 15 et 16). Dans les cas de ce genre, le kyste s'enfonce largement par sa partie ventrale dans la gouttière rachidienne et sa partie dorsale déborde seule la fissure : il y a ici dilatation totale du canal épendymaire, (fig. 56), tandis que la myélocystocèle pédiculée s'est

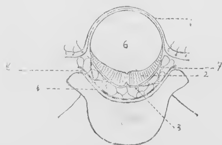


FIG. 56.— *Myélocystocèle sessile.*

1. Peau. — 2. Tissu médullaire. — 3. Pie-mère. — 4. Espaces sous-arachnoïdiens. — 5. Dure-mère. — 6. Kyste épendymaire. — 7. Racine nerveuse.

constituée aux dépens de sa paroi postérieure (fig. 57). On comprend que dans la variété non pédiculée l'émergence des racines se fait de chaque côté de la paroi ventrale du kyste, contre lequel elles s'appliquent, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien refoulé, pour gagner les trous de conjugaison. Dans la variété pédiculée, au contraire, l'émergence reste habituellement en rapport avec la partie du tube épendymaire séparée

du kyste par le pédicule. Les schémas ci-joints (fig. 56 et 57) montrent cette différence des rapports entre les racines et laparoi du kyste. Ils permettent aussi de saisir la disposition des méninges.

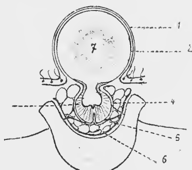


Fig. 57. — *Myélocystocèle pédiculée.*

1. Peau. — 2. Paroi kystique. — 3. Moelle. — 4. Pie-mère. — 5. Espaces sous-arachnoïdiens. — 6. Dure mère. — 7. Kyste épendymaire.

L'absence de la dure-mère dans la paroi dorsale de la poche est un fait aujourd'hui parfaitement établi. Que la myélocystocèle soit ou non pédiculée, la méninge dure appliquée sur la gouttière osseuse, n'existe que sous la face ventrale de la moelle ou du kyste. Comme dans les myéloméningocèles, elle s'arrête sur tout le pourtour de la fente osseuse où elle se perd dans le tissu cellulaire sous-cutané. A ce point de vue, les faits d'Hildebrand, de Muscatello, confirment les observations antérieures de Recklinghausen : le sac dural ne s'est pas constitué dans toute l'étendue de la tumeur. La pie-mère tapisse la face ventrale de la moelle ou du kyste, et se prolonge plus ou moins sur ses parois latérales. Dans des formes à paroi très mince, on ne la retrouve pas sous la peau qui forme seule l'enveloppe superficielle de la poche. Quant à l'arachnoïde, elle sépare du côté ventral la dure-mère et la pie-mère, et se perd comme les deux autres méninges dans le tissu cellulaire sous-cutané, autour de l'orifice osseux.

La cavité kystique, habituellement uniloculaire, est dépourvue de tout tractus nerveux ou autre : c'est là un caractère objectif de premier ordre dans les myélocystocèles, et qu'il faut opposer à la présence constante des cordons qui traversent la cavité des myéloméningocèles. Le simple examen de la cavité peut suffire pour reconnaître qu'elle est une dépendance de la cavité épendymaire. Ainsi, quand la tumeur est pédiculée, le pédicule apparaît creusé d'un canal qui conduit directement au centre de la moelle. C'est là, il est vrai, un caractère des plus inconstants : le canalicule plus ou moins étroit dont est creusé le pédicule disparaît souvent, et le kyste communiquant devient secondairement indépendant. Dès lors, la confusion est facile avec une méningocèle pure ; elle a été, dans ces conditions, plus d'une fois commise. Lorsque le kyste s'enfonce largement dans le rachis, et s'étale par sa paroi ventrale sur les corps vertébraux, on peut trouver, au pôle supérieur ou aux deux pôles de la cavité, la communication avec le canal central. La surface interne de la poche présente souvent à l'œil nu un aspect spécial. Elle est formée par une couche grisâtre, comme pulpeuse ; elle se désagrège facilement. C'est elle qui constituait, sans doute, « ce revêtement de membranes blanchâtres d'aspect diphtéroïde », que Potherat (1) put constater au cours d'une intervention. Si l'examen histologique avait été pratiqué, il aurait peut-être révélé, dans l'épaisseur de la paroi, la présence d'éléments cellulaires dérivés du neuro-épithélium primitif, et permis de ranger ce cas dans le groupe des myélocystocèles dont il présentait les caractères macroscopiques. Habituellement uniloculaire, la cavité des myélocystocèles peut être à plusieurs compartiments. Dans un cas de Muscatello (obs. 16), trois kystes accolés communiquaient les uns avec les autres. Ce développement irrégulier de la poche n'a rien de surprenant ; c'est un phénomène d'ordre secondaire, aussi bien que l'asymétrie des poches uniloculaires, et la situation latérale de la fissure osseuse.

La paroi des myélocystocèles est constituée par une trame conjonctive dans l'épaisseur de laquelle on reconnaît les éléments de la névroglie et des cellules ganglionnaires : leur abondance varie suivant les cas, et suivant les points examinés de la paroi. Les éléments nerveux sont rares dans les formes pédiculées et font souvent complètement défaut dans le segment dorsal du kyste. Quand celui-ci, non pédiculé, s'enfonce par son segment ventral au contact des corps vertébraux, c'est là qu'on trouve le tissu nerveux disposé en nappe étalée où l'examen microscopique retrouve les caractères histologiques de l'aire médullo-vasculaire. Celle-ci pourtant occupe quelquefois le segment dorsal de la paroi kystique ; c'est alors son segment ventral qui est réduit à l'état de membrane conjonctive mince, pauvre en éléments nerveux différenciés. Cette situation anormale de l'aréa entraîne un déplacement, vers le dos du sac, de l'émergence des racines. On dirait que la paroi ventrale du canal épendymaire fit à elle seule les frais de la dilatation kystique. Recklinghausen (obs. 18) et Mucatello (obs. 19) ont observé chacun un cas de cette variété « ventrale » de myélocystocèle, dont la variété « dorsale » est le type habituel. Typiquement, la cavité est tapissée par l'épithélium épendymaire. On devrait donc trouver une couche continue de cellules cylindriques. En réalité, l'épithélium, dans la majorité des cas, n'est visible que par places, vers la paroi ventrale du kyste, dans le canal creusé dans le pédicule. Le plus souvent on n'en trouve pas trace dans la paroi dorsale. Quant aux cils vibratils, je ne connais qu'une observation, due à Muscatello (obs. 16), où leur présence aurait été constatée.

En somme, s'il y a toute une catégorie de myélocystocèles faciles à reconnaître dès l'ouverture de la poche, l'examen macroscopique de la surface interne du sac ne permettra pas toujours de dire si la paroi contient des éléments nerveux et si la cavité communique avec le canal central de la moelle. Et c'est à l'examen microscroscopique qu'il faut recourir, sans perdre de vue que les éléments nerveux peuvent avoir disparu dans la plus grande partie de la paroi et qu'il ne faut pas compter sur la présence de l'épithélium épendymaire. De là, la nécessité pour l'histologiste de multiplier les coupes de la paroi, de porter surtout son attention sur la zone ventrale du kyste, sur la région du pédicule, car à ce niveau seulement il retrouvera les éléments nécessaires au diagnostic de myélocystocèle. En procédant ainsi, Küss réussit à déterminer la véritable nature d'un spina bifida kystique extirpé par le prof. Kir-

(1) Potherat. — Spina bifida. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.* T. XXVII, 1901, p. 389.)

misson (1). Cette difficulté de reconnaître, même au microscope, certaines myélocystocèles est un point qu'il faut retenir et que nous retrouverons à propos des méningocèles.

Avant d'aborder l'étude des formes plus complexes, voyons comment, au point de vue embryologique, on doit interpréter la myélocystocèle simple. Faisant abstraction pour l'instant de la présence du kyste saillant en dehors du rachis, phénomène secondaire sur lequel nous reviendrons ultérieurement, il faut conclure des caractères anatomiques précédemment exposés, que les éléments embryonnaires interposés au feuillet cutané et au tube médullaire n'ont pas subi leur différenciation normale. La couche mésodermique formée par la soudure des crêtes médullaires dans l'épaisseur de laquelle doivent apparaître la paroi postérieure du sac méningé et celle du canal vertébral, est restée à l'état de membrane indifférente, interposée aux deux lames épithéliales. Mais l'aplasie n'est pas toujours limitée aux seuls éléments sous-cutanés ; comme le prouvent certains examens histologiques, le feuillet cutané n'a pas achevé son développement. La moelle elle-même prend part à ce défaut d'évolution. Sur des embryons de poulet atteints d'arrêt de développement de la région dorsale, Rabaud a bien suivi le processus : le segment difforme de la moelle persiste à l'état de cavité épendymaire largement calibrée ; c'est en somme la disposition caractéristique de la deuxième phase embryonnaire normale, celle qui succède à la fusion dorsale des crêtes médullaires. L'évolution morphologique s'arrête. Tandis que la différenciation histogénétique des cellules neuro-épithéliales primitives s'accomplit dans le segment ventro-latéral de la paroi du canal épendymaire, la poussée dorsale et concentrique de la substance grise et des cordons fait défaut. Par suite, le sillon médian postérieur ne se constitue pas, et la plaque dorsale, au lieu de se trouver enfouie comme à l'état normal, continue à former le toit d'une cavité épendymaire qui n'a pas subi son effacement. Il y a, en un mot, *syringomyélie congénitale*, et on comprend que la paroi dorsale du myélocyste ainsi constituée présente peu ou pas d'éléments nerveux différenciés. « Elle est réduite, dit Rabaud, à ses éléments ectodermiques, proliférant peu, disposés en un petit nombre d'assises, peut-être même en une seule » et particulièrement fragiles. Tel est l'état primordial de la difformité qui, complétée par l'hydrorachis interne, constituera la myélocystocèle sessile ou pédiculée. Quant aux cas exceptionnels où la zone médullaire occupe la paroi dorsale du myélocyste. Recklinghausen, Mucastello), ils s'expliquent par une localisation anormale du processus histogénétique dans l'épaisseur de la plaque recouvrante, normalement stérile.

Dans les myélocystocèles précédemment décrites, la tumeur, réduite pour ainsi dire à sa plus simple expression, n'est constituée que par une poche d'hydrorachis interne. L'association entre l'hydrorachis interne et l'hydrorachis externe va créer les formes plus complexes que Recklinghaussen a désignées sous le nom de *Myélocysto-méningocèles*. Fréquemment, après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané qui forment les enveloppes superficielles, on trouve une couche de tissu conjonctif, lâche, infiltré de sérosité, qui recouvre toute la surface externe du kyste. Comparée par les auteurs à la gélatine de Warthon, à l'aspect des coupes macroscopiques de certains myxomes, cette enveloppe spongieuse peut être uniformément répartie à la surface du kyste, mais elle est habituellement plus abondante autour du pédicule. Elle constitue parfois, comme dans le cas du prof. Kirmisson cité plus haut, la partie la plus importante de la tumeur extrarachidienne. Cette éponge gorgée de sérosité n'est autre que le tissu sous-arachnoïdien de la méninge molle distendu par le liquide céphalo-rachidien en excès.

On ne peut encore parler ici de kyste méningien. Mais de cette infiltration diffuse à la transformation kystique uni ou multiloculaire de la méninge molle, il n'y a qu'un pas, souvent franchi. Suivant la situation réciproque du kyste épendymaire et du kyste sous-arachnoïdien, on doit, comme Muscatello, distinguer deux variétés principales de myélocysto-méningocèles. Dans la variété *ventrale* (fig. 58), après l'incision des enveloppes

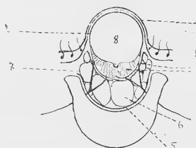


Fig. 58. — *Myélocysto-méningocèle : type ventral.*

1. Peau. — 2. Paroi kystique épendymaire. — 3. Moelle. — 4. Pie-mère. — 5 Dure-mère. — 6. Méningocèle ventrale. — 7. Racine nerveuse. — 8. Kyste épendymaire.

externes sur le dos de la tumeur, on pénètre directement dans la cavité de la myélocystocèle. Sous la paroi ventrale de ce premier kyste, un deuxième kyste s'est développé dans les espaces sous-arachnoïdiens, entre la face postérieure des corps vertébraux tapissés par la dure-mère et la face antérieure ou ventrale du kyste épendymaire et de la moelle. Cette poche d'hydro rachis externe est transversée nécessairement par les tractus arachnoïdiens plus ou moins épaissis, cloisonnant la poche, avec les racines rachidiennes. Celles-ci naissent de la face ventrale du kyste épendymaire, comme de l'aréa médullo-vasculosa, dans la myélo-méningocèle kystique. En somme, la disposition est fermée, absolument calquée sur celle de la myélo-méningocèle avec cette différence que dans la myélocysto-méningocèle ventrale la moelle refoulée progressivement hors du rachis, par l'accroissement de la poche d'hydrorachis externe est à l'état de kyste épendymaire. Tourneux et Martin ont observé un beau cas de cette variété ventrale de myélocysto-méningocèle, sans en saisir la véritable signification (1).

Dans les myélocysto-méningocèles *dorsales*, l'hydrorachis externe s'est constitué autour de la paroi dorsale du kyste épendymaire (fig. 59). La disposition réciproque des deux kystes est tout à fait comparable à

(1) Berger. — Sur une observation de spina bifida (myélocystocèle), communiquée par le Dr Kirmisson. *Bulletin de l'Acad. de méd.* 1896, p. 176.

(1) Tourneux et Martin. — *Loc. cit.* p. 289. La nappe médullaire supportée par la pie-mère était étalée sur la paroi dorsale d'une cavité kystique biloculaire, traversée par les racines et reposant sur la gouttière vertébrale. En arrière du tissu médullaire, encore protégé par son revêtement épithélial, une « lame gangrenée superficielle passe comme un pont et contribue à délimiter une cavité prismatique en communication avec le canal central. » C'est un type très net de méningocèle ventrale avec myélocystocèle, dont la paroi dorsale a été le siège de nécrobiose secondaire.

celles que présentent le sac herniaire et la vaginale hydropique dans la hernie enkystée d'Astley Cooper. A l'ouverture d'une poche sous-cutanée, on trouve la myélocystocèle baignant dans le liquide de la méningocèle. Les faits de cet ordre sont très fréquents, et c'est ici qu'il faut classer toutes les anciennes observations où, comme dans celles de Forster (1) et de Sandifort (2) la moelle envoyait dans la cavité de la méningocèle un prolongement libre en forme de cône ou de massue et creusé d'une cavité centrale.

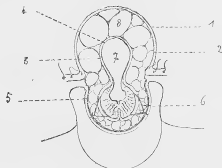


Fig. 59.— *Myélocysto-méningocèle : type dorsal.*

1. Peau. — 2. Couche arachnoïdienne. — 3. Pie-mère. — 4. Paroi épendymaire. — 5. Dure-mère. — 6. Racine nerveuse. — 7. Myélocystocèle. — 8. Méningocèle dorsale.

Il est clair que cette méningocèle dorsale ne peut prendre naissance qu'à la condition que la moelle se soit isolée du feuillet cutané ; il faut que la méninge molle se soit différenciée dans l'épaisseur de la couche conjonctive embryonnaire interposée au feuillet cutané et à la paroi dorsale du canal épendymaire.

La myélocysto-méningocèle ne prend pas toujours un des types réguliers précédents. Souvent, au contraire, elle se développe d'une façon tout à fait atypique. Elle forme alors des masses polykystiques dont la complexité échappe à toute description. Au milieu d'elles, la myélocystocèle est masquée, méconnaissable. On prévoit aisément les difficultés d'interprétation qui peuvent en résulter. Comment reconnaître, en effet, à la simple incision d'une masse polykystique, qu'au milieu de ces cavités multiples, il y a une poche de myélocystocèle ? C'est d'autant plus délicat que la cavité d'origine épendymaire peut s'être secondairement ouverte dans une poche sous-arachnoïdienne : Muscatello rapporte un cas de cette espèce (3).

Il reste un dernier groupe de faits que nous ferons rentrer, au point de vue de leur origine, dans la classe si complexe des myélocystocèles, bien qu'ils aient été habituellement considérés comme des méningocèles. Ce sont les cas, comme ceux de Natorp, Bœrensprung, Debout et Bouchut (4), dans lesquels la moelle présente au niveau de la fissure osseuse un prolongement, une évagination dans l'intérieur de la méningocèle. Aucune cavité kystique n'est visible au centre de ce prolongement médullaire qui paraît à l'œil nu, uniquement constitué par une masse solide de tissu nerveux, entourée des méninges molles plus ou moins épaissies. Il est intéressant de rapprocher en passant, ces *Myélocèles non kystiques* de cette espèce particulière d'encéphalocèle que Heineke a désignée sous le nom de cénencéphalocèle (κενος vide) : il voulait indiquer ainsi qu'il s'agissait d'une encéphalocèle kystique vidée de son contenu liquide et secondairement rétractée (1). Recklinghausen a donné la même interprétation aux myélocèles solides On a tenté, il est vrai, de les expliquer différemment. La coudure de la moelle ou le prolongement qu'elle envoie hors du rachis ne serait qu'un événement secondaire au cours de l'évolution d'une méningocèle simple. En se développant, celle-ci pourrait attirer ou refouler la moelle en arrière de la fissure osseuse.

A la rigueur, cette hypothèse est défendable, quand il s'agit d'expliquer une simple coudure de la moelle, ou seulement la présence de son extrémité terminale dans l'intérieur de la poche. Elle est tout à fait inacceptable dans les cas de prolongement conique ou renflé en massue, implanté sur sa face postérieure. Tandis qu'on conçoit fort bien que ce prolongement soit le reste d'une ancienne myélocystocèle dont la cavité kystique a disparu progressivement. L'examen microscopique pourra révéler au centre de ces masses les solides restes de l'épithélium épendymaire. D'où vient cette rétraction des myélocystocèles ? Elle peut être la conséquence de la rupture ou de l'inflammation de la poche, ou simplement du développement prépondérant de la méningocèle. Mais il faut y voir aussi le résultat possible d'une activité biologique spéciale des éléments cellulaires de la paroi du kyste épendymaire lui-même. Nous touchons ainsi à une question que nous aborderons plus loin, celle des néoplasmes surajoutés à la difformité primitive.

Du mode de développement et de l'histologie des myélocystocèles, résultent des conclusions fort importantes au point de vue physiologique. Si on ne tient pas compte des cas tout à fait exceptionnels où la zone médullaire utile occupe la paroi dorsale du kyste, la règle est, que dans les formes non pédiculées, centres et conducteurs localisés à la paroi ventrale n'empiètent pas sur le segment qui déborde la fissure osseuse. Dans les formes pédiculées, la paroi en est dépourvue jusqu'au niveau du pédicule. De là, cette notion capitale : la paroi dorsale des myélocystocèles non pédiculées, toute l'étendue de la paroi dans les formes pédiculées est dépourvue de toute valeur fonctionnelle. Du reste, les faits confirment la théorie, et si on veut bien faire abstraction des cas où les accidents consécutifs à l'opération résultaient de l'infection, ou de l'hydropisie céphalo-rachidienne méconnue, les observations abondent où la suppression d'une poche de myéloscystocèle n'a porté aucune atteinte aux fonctions de la moelle.

Sans être aussi fréquents que dans les myéloschisoméningocèles, les troubles nerveux périphériques ne sont pourtant pas rares dans les myélocystocèles. C'est que si l'aplasie médullaire est avant tout d'ordre morphologique, elle peut frapper en même temps le développement histogénétique. Le défaut atteint simultanément la forme et la différenciation des éléments neuroformateurs. Ici les troubles nerveux, comme dans les myéloschisis, résulteront d'un degré variable d'amyélie. Ces troubles nerveux traduisent plus souvent des lésions secondaires de la moelle et des racines. Dans les

(1) Foerster. — *Sitzüngsberichte der Wurzbuzg-Gesellschaft.* Bd. X.

(2) Sandifort. — *Museum anatomicum.* V. IV. *Table 66. Lugduno* 1835.

(3) Muscatello. — *L. cit.* Obs. 19. Il s'agit d'une myélocystocèle rompue dans une méningocèle ventrale.

(4) Cités par Recklinghausen.

(1) Heinlke. *Deutsche Chir. Lief.* 31, Cap. X. S. 36.

formes non pédiculées, dans celles où le kyste communique largement avec le canal épendymaire, le liquide kystique comprime la zone médullaire différenciée. D'ailleurs l'hydromyélie, qui a, comme nous le verrons, un rôle dans la production et l'accroissement du kyste, est une cause importante d'altérations anatomiques très étendues. L'intégrité de la moelle et des racines est encore plus menacée, quand l'hydrorachis externe complique l'hydrorachis interne, et surtout quand cette combinaison des deux variétés d'hydropisie présente le type de la myélocysto-méningocèle ventrale ; c'est ici que les altérations mécaniques secondaires atteignent leur plus haut degré.

IV. — La méningocèle. — Le nom de *Méningocèle* doit être réservé à une forme de Spina bifida kystique dans laquelle la tumeur extra-rachidienne est uniquement constituée par une poche d'hydrorachis externe. Ainsi comprise, la méningocèle représente la forme de beaucoup la plus rare de spina bifida kystique ; la plupart des cas rangés autrefois dans ce groupe appartiennent en effet aux variétés précédentes. C'est ainsi qu'il faut séparer de la méningocèle, la myélo-méningocèle avec ou sans extrophie médullaire. Les connexions de la moelle avec la paroi dorsale du sac d'hydrorachis externe constituent un caractère spécifique qui suffit à en faire une classe à part.

Le groupe des méningocèles doit être encore restreint davantage. Nous avons longuement insisté sur les difficultés extrêmes que présente l'interprétation de certaines myélocystocèles. Tous les cas où la communication de la poche avec le canal médullaire, ne tombait pas sous l'œil ont été pendant longtemps et sont encore trop souvent considérés comme des méningocèles. Il en est de même d'un certain nombre de myélocysto-méningocèles, soit qu'on ait méconnu au milieu d'une masse polykystique la présence du kyste épendymaire, plus ou moins rétracté, soit qu'on n'ait pas interprété comme il convenait le prolongement, solide en apparence, que la moelle envoyait dans l'intérieur du sac. Quand on a enlevé tous ces cas à la méningocèle, il ne lui reste vraiment que peu de chose ! Ce serait sans doute aller trop loin que de la supprimer, mais on doit du moins reconnaître que les observations indiscutables ont diminué à mesure que se sont précisés les caractères des autres formes de spina bifida kystique. Déjà le comité de Londres, réduisait à 27 % la fréquence relative des méningocèles. Sur les 32 observations de son mémoire, Recklinghausen n'en a pas vu une seule. Muscatello, sur 13 cas, n'en voit qu'une : dans tous les autres, l'examen histologique complétant l'examen macroscopique lui a montré les caractères de la myélo-méningocèle ou de la myélocystocèle.

La casuistique de ces auteurs, composée de faits minutieusement analysés, avec examen histologique à l'appui, laisse à bon droit des doutes sur la fréquence de la méningocèle, telle qu'elle résulterait des observations présentées par Hildebrand et de Ruyter. Ce dernier auteur voit 7 méningocèles sur 22 spina bifida. Or dans trois cas (obs. 6, 7 et 8), ce diagnostic repose sur un examen purement clinique. Dans un autre (obs. 2), la fissure était occupée par un énorme lipome pénétrant dans le rachis. Dans deux autres (obs. 9 et 11), l'examen histologique de la paroi kystique n'a pas été pratiqué. Reste un dernier cas : avec une encéphalocèle au-dessus du trou occipital, il y avait un kyste sous-arachnoïdien sortant par une fissure intéressant, en même temps que l'occipital, les trois premiers arcs cervicaux (obs. 10.) Les cas d'Hildebrand, pour la plupart, ne sont pas moins sujets à caution. Sur ses 26 observations, 7 sont étiquetées méningocèles. En réalité, il n'y en a que trois (obs. 2 et 6, obs. 7 du « Supplément »), où le diagnostic paraît bien établi, parce que les tractus traversant la poche permettent d'éliminer la myélocystocèle. Dans trois cas (obs. 2, 3 et 5), le diagnostic n'est basé que sur l'absence de revêtement épithélial à la surface interne de la cavité, caractère négatif insuffisant, nous l'avons vu, pour rejeter le diagnostic de kyste épendymaire. Enfin, un dernier cas, (obs. 4), représente, suivant la remarque de Muscatello, un beau type de myélocysto-méningocèle.

La rareté des méningocèles rachidiennes est donc un fait aujourd'hui bien établi. On sait que Houel (1) a insisté de même autrefois, sur la rareté des méningocèles craniennes. Dilatation kystique des espaces sous-arachnoïdiens, la méningocèle présente les caractères variables des poches d'hydrorachis externe précédemment étudiées. Mais la moelle ne pénètre pas dans le sac pour adhérer à sa coupole, comme dans les myélo-méningocèles ; elle n'y envoie aucun prolongement dorsal, kystique ou rétracté comme dans les myélo-cystoméningocèle. Elle repose au fond de la gouttière osseuse sans déborder la fissure (fig. 60). Pourtant, si la fente

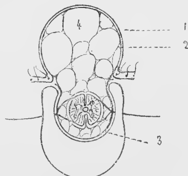


Fig. 60. — *Méningocèle.*

1. Peau. — 2. Paroi arachnoïdienne. — 3. Dure-mère. — 4. Kyste sous-arachnoïdien.

est large, si la transformation kystique envahit la zone ventrale de la méninge molle, il est possible que la moelle refoulée se coude et déborde au niveau de l'orifice du sac. Les cas de ce genre créent une grande difficulté d'interprétation. Quelle différence y a-t-il, objectivement, entre une méningocèle dans laquelle la moelle fait secondairement hernie, et une myélocystocèle rétractée au centre d'une méningocèle ? Dans les deux espèces de tumeur, il y a une poche kystique sous-arachnoïdienne, dans laquelle fait saillie une masse en continuité avec la moelle. Ainsi, par un processus tout différent, la méningocèle pure et la myélocysto-méningocèle peuvent arriver à prendre des caractères morphologiques très rapprochés. Les nerfs pénètrent plus souvent que la moelle dans les poches de méningocèle. Refoulés par le liquide, et entraînés par la distension du sac, ils font secondairement hernie dans le kyste. Ce prolapsus des racines, inconstant, n'est guère possible qu'au niveau du segment terminal de la moelle, de la queue de cheval, où les nerfs parcourent un long trajet dans les espaces sous-arachnoïdiens. Ils forment dans l'intérieur du sac des anses prolabées et souvent

(1) Houel. — Mémoire sur l'encéphalocèle congénitale. *Arch. génér. de médecine.* 1859, 5e S., t. XIV, p. 416.

adhérentes à sa surface, au point qu'on ne peut les dégager du tissu sous-arachnoïdien, refoulé, tassé, qui les encastre dans la paroi.

L'accord n'est pas fait sur la véritable nature des plans qu'on rencontre à la dissection de la paroi kystique, sous les enveloppes superficielles, et la présence de la dure-mère reste discutée. Elle fait constamment défaut, d'après Recklinghausen et Muscatello. Pour eux, comme dans les autres formes de spina-bifida kystique, la dure-mère se perd sur les bords de la fissure osseuse, amincie, elle disparaît dans le tissu cellulaire sous-cutané, et vers les parties saillantes du kyste, il n'est jamais possible d'isoler un feuillet distinct qui la représenterait. Hildebrand, au contraire, s'est efforcé de démontrer la présence de la dure-mère dans la paroi dorsale de certaines méningocèles ; et suivant qu'elle est intéressée ou non par la fissure, le kyste présenterait des caractères différents. Quand la fente intéresse la méninge dure en même temps que la paroi postérieure du rachis, le kyste né dans les espaces sous-arachnoïdiens n'a pour paroi que le tissu de la méninge molle, refoulé en membrane distincte du tissu cellulaire qui le sépare de la peau. Quand la dure-mère est intacte, Hildebrand pense qu'il y a lieu de distinguer deux sortes de méningocèle. Tantôt le kyste, sous-arachnoïdien comme dans le cas précédent, a deux enveloppes séparables l'une de l'autre, la méninge molle profonde, la dure, superficielle. Tantôt, au contraire, le kyste est sous-dural ; on trouve sa paroi propre constituée par une seule couche, la dure-mère. Autrement dit, Hildebrand distingue trois variétés de méningocèle, suivant que la paroi kystique est constituée par la dure-mère seule, par le tissu arachnoïdien et la dure-mère, ou par le tissu arachnoïdien seul. Les méningocèles à paroi arachnoïdo-durale seraient les plus fréquentes. Malheureusement, les faits sur lesquels repose cette conception prêtent beaucoup à la critique. Plusieurs d'entre eux, comme nous l'avons dit précédemment, n'étaient pas des méningocèles. En outre, Hildebrand, pour affirmer l'existence de la dure-mère, n'a d'autres raisons que l'épaisseur particulière de certaines parois kystiques, ou la possibilité d'isoler plusieurs couches en membranes superposées. Rien ne prouve que le tissu sous-arachnoïdien, refoulé et chroniquement enflammé, ou la lame mésodermique sous-cutanée ne puissent réaliser ces dispositions trompeuses. En réalité, l'absence de la dure-mère dans la paroi dorsale du sac est établie par des faits précis, mais il n'y a pas d'observation absolument démonstrative de sa persistance. D'ailleurs, on comprendrait mal comment une enveloppe aussi résistante que la dure-mère pourrait se laisser distendre par le liquide. Cela ne serait pas sans entraîner des troubles de compression du côté de la moelle et des racines. Or, précisément, les méningocèles avec troubles nerveux sont relativement rares. L'opinion de Recklinghausen et de Muscatello me paraît donc exacte et je pense qu'il est permis d'affirmer que dans tout spina bifida kystique, la fissure de la paroi postérieure du canal vertébral s'accompagne d'une fissure analogue du sac dural. Rien ne démontre que la méningocèle simple fasse exception à cette règle.

Si nous cherchons maintenant à élucider l'origine de la méningocèle pure, nous voyons qu'on peut donner deux interprétations essentiellement différentes. Recklinghausen a beaucoup insisté sur les phénomènes de rétraction qui peuvent atteindre secondairement les myélo-cystocèles. C'est par là qu'on peut expliquer, nous l'avons vu, la présence dans le sac d'une méningocèle dorsale, d'un prolongement implanté sur la moelle et renfermant une cavité épendymaire virtuelle. Ce processus ne pourrait-il, allant jusqu'au bout, amener la disparition complète de la myélocystocèle ? La méningocèle ne serait ainsi que le reste d'une ancienne myélo-cysto-méningocèle, dans laquelle le kyste épendymaire se serait retracté jusqu'à disparaître. V. Bergmann (1), à propos des méningocèles craniennes, a défendu récemment cette hypothèse. Il en résulterait que, dans le spina bifida, comme dans le crânium bifidum, la méningocèle, loin d'être une forme typique originelle, ne serait qu'une transformation secondaire d'une neurocysto-méningocèle.

La méningocèle ne peut-elle donc pas être considérée comme une forme indépendante de la myélocystocèle ? Je ne le pense pas, et l'interprétation suivante est aussi défendable que la précédente. Considérant ici encore, l'hydropisie comme un événement secondaire, nous voyons que la méningocèle représente l'état kystique d'une forme de spina bifida dans laquelle la difformité primordiale est réduite à la fente vertébro-durale, tandis que la méninge molle bien constituée forme à la moelle une enveloppe complète. C'est la condition nécessaire pour que l'hydropisie, envahissant les espaces sous-arachnoïdiens dorsaux, puisse former un kyste débordant la fissure. Cela revient à dire que l'aplasie n'a pas atteint toute l'épaisseur de la lame mésodermique créée par la soudure des deux crêtes médullaires. Elle est restreinte à la couche superficielle de cette lame qui formera une membrane mince et sans résistance, à la place de la dure-mère et de la paroi postérieure du rachis membraneux. La couche profonde, au contraire, s'est différenciée en méninge molle, qui établit la séparation du tube épendymaire et des plans superficiels. Dès lors, du liquide accumulé dans les espaces sous-arachnoïdiens constituera au niveau de ce point faible la méningocèle pure. Nous reconnaissons ainsi à la méningocèle son individualité propre, une origine indépendante de toute myélocystocèle antérieure. En faveur de l'une ou l'autre hypothèse, tout argument décisif fait défaut. Mais on n'a jamais pu saisir sur le fait le passage de la myélocysto-méningocèle à la méningocèle pure. Et quand la moelle normale repose dans le canal vertébral, au devant d'une tumeur kystique, sans présenter la moindre saillie dorsale ou la moindre coudure, il est bien difficile d'admettre l'existence d'une ancienne myélocystocèle. Quand on trouve la moelle bifide, atteinte de cette anomalie connue sous le nom de *Diastématomyélie*, l'hypothèse d'un kyste épendymaire rétracté devient tout à fait invraisemblable.

Concluons donc que si la méningocèle peut résulter de la rétraction d'une ancienne myélo-cystocèle, et ne possède pas, dans ces conditions, d'individualité propre, elle existe aussi pour son propre compte. Elle constitue alors l'état kystique d'une difformité primordiale, caractérisée par l'aplasie limitée aux éléments mésodermiques formateurs du segment dorsal de la duremère et de la paroi vertébrale. Elle doit donc conserver une place à côté de la myéloméningocèle et de la myélocystocèle dans le classement des spina bifida kystiques.

C'est dans la méningocèle que les troubles nerveux font le plus souvent défaut. Lorsqu'ils existent, leur

(1) V. Bergmann. — *Handbuch der praktischen Chirurgie*, Bd I. S. 164. 1899.

pronostic est moins grave que dans les autres formes. Dus à la compression de la moelle, à la compression ou à la distension des racines, ils pourront disparaître si les causes d'ordre mécanique cessent d'agir avant l'époque des dégénérescences irréparables. On sait que les racines se régénèrent beaucoup plus facilement que la moelle : aussi, c'est quand les troubles nerveux seront d'origine radiculaire qu'on aura le plus de chances d'obtenir le retour de la motilité et de la sensibilité.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours d'ouverture.

Cours de clinique des maladies nerveuses: M. le Pr RAYMOND.

Le Professeur Raymond reprenait mardi son enseignement à la Salpêtrière, en présentant à ses auditeurs une série de malades particulièrement heureuse. Signalons spécialement l'histoire d'une jeune fille sujette depuis plusieurs années à des accès d'aboulie ; brusquement, sans cause appréciable, cette jeune fille perd toute spontanéité psychique pendant une période plus ou moins longue, à la suite de laquelle la santé redevient normale; elle a été traitée sans succès à plusieurs reprises. Or, un examen minutieux fait découvrir que cette malade a des crises comitiales indéniables ; du même coup, c'est trouver la nature exacte des accès d'aboulie qui sont en définitive des accidents épileptiques, véritables équivalents psychiques de la crise convulsive ordinaire, et justiciables du traitement bromuré. Voici maintenant une jeune femme qui présente une ostéopathie assez singulière, symétrique, systématisée, prédominante au niveau des os de la jambe et de l'avant-bras , la lésion a déterminé pour chaque os des épaississements surtout diaphysaires, avec légères incurvations, faciles à voir sur les épreuves radiographiques. S'agit-il d'ostéite syphilitique, d'ostéomalacie, d'acromégalie, même de rachitisme ancien avec récidives tardives ? Le professeur conclut à une maladie de Paget au début, affection dont nous connaissons bien mal encore les formes cliniques et la pathogénie, pour laquelle il est permis de songer à des troubles de la moelle osseuse et des organes hématopoïétiques, absolument comme dans certains cas d'acromégalie. Ainsi présenté et discuté à tous les points de vue, chaque malade a le grand avantage d'aider le médecin à se familiariser avec toutes les difficultés de la clinique ; c'est là un enseignement essentiellement pratique. Le professeur Raymond a su, depuis plusieurs années, le développer de très heureuse façon pour le plus grand profit des élèves et le bon renom de la clinique des maladies nerveuses.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le Pr FOURNIER.

M. le Pr Fournier a ouvert son cours le 19 novembre à l'Hôpital Saint-Louis par une leçon sur les *relations du tabes et de la syphilis.*

M. Fournier rappelle qu'en 1875, il a émis cette idée, alors originale, que le tabes était un dérivé de la syphilis ; il montre qu'après une période d'enquêtes contradictoires, cette opinion semble aujourd'hui absolument démontrée. Aussi ne revient-il sur cette question que pour y apporter un document nouveau de la plus haute importance : c'est une statistique de 1000 cas de tabes observés par lui en ville et à l'hôpital, pendant les vingt-six dernières années d'un labeur incessant. Sur ces 1000 cas, la syphilis a été constatée 925 fois, c'est donc une proportion de 92 pour 100. Un nombre aussi considérable d'observations permet d'écarter l'hypothèse du hasard ; dans cette série de 1000 cas, il y a donc plus qu'une coexistence morbide et on doit admettre que la syphilis est la principale cause du tabes. Dans les cas où elle fait défaut, le tabes doit être alors imputé à une syphilis ignorée (acquise, conceptionnelle, héréditaire) ou à des causes encore mal connues (alcoolisme, ergotisme). Dans quelles conditions le tabes succède-t-il à la syphilis ? Il succède le plus souvent aux syphilis bénignes ; il a succédé huit fois d'une façon manifeste à la syphilis héréditaire. Il survient chez des individus prédisposés par leur hérédité nerveuse ou chez des surmenés et enfin, 93 fois fois sur 100, chez des syphilitiques non traités ou insuffisamment traités. Le tabes occupe le troisième rang parmi les manifestations de la syphilis (il vient après les syphilides cutanées et la syphilis cérébrale) ; il est incurable. Par sa fréquence et son incurabilité, s'assombrit le pronostic de cette affection. Aussi doit-on s'efforcer, conclut M. Fournier, de lutter contre ce fléau, qui avec la tuberculose et l'alcoolisme ravage notre société.

Cette leçon dont on peut apprécier le haut intérêt scientifique, a été exposée par M. le Professeur Fournier avec la clarté et la correction de langage qui lui sont coutumières. Le cours qu'elle inaugure a lieu deux fois par semaine : le mardi à 10 heures, présentation de malades dans la salle de la policlinique ; le vendredi à la même heure, leçon magistrale à l'amphithéâtre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 novembre 1901

Influence de l'ingestion du vin sur l'évolution de la tuberculose.

M. Roos, après avoir montré l'action favorable du vin sur l'organisme normal, a cherché quelle pouvait être cette action sur l'organisme tuberculeux. L'opinion généralement admise aujourd'hui est que l'alcool, sous toutes ses formes (et par conséquent aussi les boissons fermentées), ingéré par un organisme tuberculeux, précipite l'évolution de la maladie et provoque par suite un dénouement plus rapide. Pour vérifier la valeur de cette opinion, l'auteur a inoculé la tuberculose à six couples de jeunes cobayes, soumis trois de ces couples à une alimentation comportant 35 cc. de vin rouge à 9°, par kilogramme de matière vivante, et conservé les trois autres au même régime, vin excepté.

La survie, après l'inoculation, a été en moyenne de 94 jours pour les viniques et de 95 jours pour les témoins.

La survie des femelles est beaucoup moins longue que celle des mâles : elle a été de 75 jours pour les viniques, et de 82 jours pour les témoins, tandis que celle des mâles a été de 113 jours pour les viniques et de 108 jours pour les témoins. Il serait bon d'ailleurs d'écarter les femelles des expériences de ce genre, ou tout au moins de les isoler, car la gestation et la parturition constituent d'importantes causes d'erreurs, en ce sens qu'elles peuvent aggraver la tuberculose, et tuer des animaux qui, sans cela, eussent résisté plus longtemps. Cette restriction faite, l'auteur conclut de ses observations qu'il est inexact que l'alcool, même à haute dose, s'il est ingéré sous la forme de vin, précipite l'évolution de la tuberculose chez le cobaye, et peut-être aussi chez l'homme, le parasite étant le même. Ph.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 nov. — PRÉSIDENCE DE M. le Pr BOUCHARD.

Pleurésie biliaire.

MM. GILBERT et LEREBOULLET. — Au cours des infections biliaires bénignes ou graves. les complications pleurales sont fréquentes. Dans un cas. il s'agit de pleurésie survenue au cours d'un ictère catarrhal,un autre au cours de violentes crises de coliques hépatiques : un 3e, dans un cas d'angiocholite aiguë a évolué vers la suppuration. Ces cas montrent que si la pleurésie peut survenir par perforation du diaphragme. elle peut aussi survenir au cours d'angio-cholécystites catarrhales ou lithogènes. sans effraction du diaphragme. et paraît due aux germes de l'infection biliaire causale, ou provoquée par la maladie des voies biliaires sans avoir le même agent pathogène à l'origine. Dans le 2e cas où il s'agissait d'une pleurésie tuberculeuse bénigne, la colique hépatique a été l'agent provocateur au même titre qu'un traumatisme ; ces cas pourraient se rapprocher des pleurésies appendiculaires signalées par Dieulafoy : elles siègent toujours à droite et leur gravité varie avec celle de la maladie causale ; elles semblent résulter non d'une propagation sanguine, mais par la voie lymphatique, et suivraient les points lymphatiques du diaphragme. comme cela a été invoqué pour la symphyse péricardo-para-hépatique (Gilbert et Garnier). Il faut penser à cette complication dans les infections biliaires aiguës et chroniques.

Lumière chimique et tuberculose.

M. FOVEAU DE COURMELLES. — La lumière violette agit comme les rayons X. l'électricité statique, la haute fréquence pour améliorer la tuberculose en certains cas. En isolant de l'arc voltaïque les rayons chimiques par un courant d'eau froide et des lamelles de quartz, avec une intensité électrique faible, on obtient des rayons suffisants pour agir sur les lupus vulgaires ou érythémateux et sur diverses dermatoses. Chez une lupique qui présenta des accidents de début de la tuberculose, 5 séances de rayons chimiques indolores et inoffensifs, pendant 10 minutes. firent disparaître le souffle du sommet gauche ; plusieurs malades ainsi soignés ont observé du bien-être. diminution de la toux et des signes stéthoscopiques.

Emétine.

M. MAUREL a expérimenté sur les éléments figurés du sang *en immersion*, c'est à dire dans leur sérum à température normale, le chlorhydrate d'émétine. Il a conclu :

1° Chez les lapins et les vertébrés. les leucocytes sont plus sensibles à l'émétine que les hématies.

2° Pour l'homme il a fallu descendre jusqu'au titre de 0 gr. 125 pour que les leucocytes puissent vivre 8 à 10 heures. Pour le lapin, les leucocytes meurent à ce même titre en moins de deux heures.

3° Les éléments figurés du lapin sont plus sensibles que ceux de l'homme à l'émétine ; et il en doit être de même de l'organisme.

M. LOISEL, chez les moineaux, a étudié la *spermatogénèse* et dans une autre communication, étudie le rôle *physiologique des cellules de Sertoli.*

M. EMERY indique un procédé de différenciation des bacilles *d'Eberth et du colibacille.*

Séance du 23 novembre 1901. — PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BOUCHARD.

Toxicité de l'émétine.

M. E. MAUREL continue ses recherches sur la toxicité de l'émétine. Chez le congre, la grenouille, le pigeon. le lapin. l'émétine a une action élective sur le muscle lisse. La sensibilité suit l'échelle suivante sur les tissus des vertébrés : fibre lisse, nerf sensitif. nerf moteur. fibre striée, fibre cardiaque, leucocyte et hématie. Sous l'influence des doses mortelles. c'est dans cet ordre que les éléments perdent leurs fonctions. C'est l'action de l'émétine sur la fibre lisse qui explique ses propriétés thérapeutiques. action décongestive, hémostatique et antithermique.

Paralysie acoustique alterne

M. GELLÉ a étudié à la Salpêtrière les troubles auditifs liés aux lésions des noyaux et des nerfs acoustiques dans la protubérance et montre qu'ils sont unilatéraux. et opposés comme côté à celui de la paralysie concomitante. Ces symptômes acoustiques sont seuls ou associés à des paralysies des nerfs voisins (facial, 3e paire, 6e paire, 8e paire). L'auteur pense que la signification du syndrome acoustique, dans la paralysie alterne. a une valeur au moins égale à celui de Weber ou à celui de Millard-Gubler pour démontrer une lésion protubérantielle.

Coloration du serum sanguin

MM. GILBERT et HERSCHER ont observé la diminution de la coloration du sérum sanguin dans différentes affections. dans la chlorose et surtout dans le cancer et la tuberculose. Dans 49 cas de tuberculose sur 54, ils ont noté l'hyposerochlorurie d'intensité variable. Deux fois pendant la tuberculose, ils ont suivi la décoloration progressive du sérum, et pensent qu'à côté des anémies globulaires et hémoglobiques il y aurait une anémie sérochromique qui persiste même si l'anémie globulaire vient à disparaître ; ils ont fait cette constatation chez une tuberculeuse emphysémateuse et cyanotique alors qu'il y avait hyperglobulie.

M. HÉNOCQUE observe que la spectroscopie peut seule permettre de distinguer dans le sérum les matières colorantes autres que la substance colorante propre au sérum.

Réduction de l'oxyhémoglobine dans les ascensions en ballon

M. HÉNOCQUE rappelle que M. Vallot a fait les premières recherches sur la réduction d'oxyhémoglobine de l'homme dans les ascensions rapides. La diminution de la réduction fut nettement observée mais l'activité des échanges respiratoires entre le sang et les tissus ne fut pas nette.

MM. REYMOND et PORTIER qui ont fait l'ascension du 19 novembre se sont prêtés à des expériences. Il y a augmentation rapide presqu'immédiate de la quantité d'oxyhémoglobine qui s'est élevée de 10 pour 100 à 13 p. 100 à 3.600 mètres, chez l'un. et de 12.5 à 14 chez l'autre observateur.

L'activité de la réduction s'est élevée de 1000 à 1900 mètres et a atteint le double de l activité normale à 3000.

L'augmentation d'activité avait pour corollaire la diminution de la durée de réduction qui était descendue de soixante secondes à trente secondes.

Il n'y a eu ni troubles de vertiges. ni dyspepsie. ni anoxémie.

Toxicité urinaire chez quelques typhiques

MM. SUGELRANS et DEHORS (de Lille) ont étudié la toxicité urinaire chez 8 typhiques. dont quatre étaient traités par les bains chauds. deux par les bains froids et deux soumis aux boissons abondantes. 1° L'urotoxicité diminue de jour en jour ou reste stationnaire chez les malades soumis aux bains chauds ; 2° l'urotoxicité augmente chez les malades soumis aux bains froids. sauf quand la fièvre augmente sensiblement : 3° L'urotoxicité augmente notablement chez les malades qui boivent abondamment. et le coefficient urotoxique est le plus élevé.

Coccidose expérimentale

M. BRUANDET a enfermé les coccidies dans des cavités épithéliales aseptiques, chez le lapin. la coccidie étant un hôte des cellules épithéliales, c'est dans son milieu qu'elle doit se développer. La coccidie injectée dans l'uretère lié ensuite. produit au bout de 30 à 40 jours des lésions spéciales. avec néoformation ulcérée, parfois végétante qui n'est pas du type inflammatoire : l'épithélium a subi une prolifération abondante sur ses deux faces ; il se forme des masses épithéliales volumineuses ; les cellules atypiques de la périphérie s'infiltrent entre les mailles du tissu conjonctif. Ces cellules présentent parfois le type pigmentaire. et réalisent aussi des lésions analogues à la carcinose. Le rein est le réactif des coccidies ; mais l'épididyme, le testicule. présentent les mêmes lésions, mais avec un succès inconstant.

Ces faits permettent d'espérer la possibilité de l'inoculation positive des tumeurs de l'homme, chez les animaux.

M. Delamare au cours d'une tuberculose veineuse expérimentale a relevé une paralysie ascendante aiguë où il a pu constater les lésions musculaires et névrotiques intenses accompagnées d'altérations médulleuses. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre

M. Guyon donne lecture de l'adresse qu'il a lue au nom de l'Académie de médecine à la fête du cinquantenaire de M. Berthelot.

Traitement de la sciatique et du rhumatisme par les bains d'air sec surchauffé.

M. Gariel présente, au nom de M. Ostwald, plusieurs malades atteints de névrites, d'arthropathies et très améliorés par les bains d'air a 120°.

M. Landouzy a employé avec succès l'appareil de Tallermann dans les arthrites subaiguës ou chroniques et surtout dans les arthrites blennorrhagiques. Il a atteint parfois la température de 190°.

Les tractions de la langue.

M. Laborde communique deux nouveaux succès obtenus chez les nouveau-nés en état de mort apparente et dus à MM. Matignon et Nicolas.

Les épidémies de 1900.

M. Landouzy présente sur ces épidémies un remarquable rapport et émet. au nom de l'Académie, la série de vœux suivants dont plusieurs ont la plus grande importance :

I. — Exiger partout la déclaration des maladies ayant un caractère contagieux : tenir, par voie administrative, en attendant que ce soit par voie légale, la main à ce que toutes les maladies contagieuses soient rapidement connues du médecin des épidémies, de façon à ce que des mesures de prophylaxie et de désinfection puissent s'ensuivre sans retard. Pourvoir chaque arrondissement d'un service de désinfection.

L'eau étant le véhicule ordinaire des germes d'un grand nombre de maladies épidémiques, faire que sa pureté et sa préservation soient le premier des soucis comme le premier des devoirs des communes, la morbidité épidémique étant, pour la plus grande part, fonction d'un mauvais régime des eaux.

II. — Faire que les rapports statistiques adressés aux préfets pour être transmis à la Commission permanente des épidémies de l'Académie soient rédigés suivant un modèle uniforme de façon que les renseignements soient à la fois plus complets, plus précis et plus comparables entre eux.

III. — Ouvrir. comme tant de médecins d'épidémies commencent à le faire spontanément, un chapitre au compte de la tuberculose dont la morbidité. au double point de vue des mesures de protection à conseiller et des désinfections à prescrire, est aussi importante à connaître que la mortalité.

IV. — Inscrire l'alcoolisme dans les rapports statistiques, afin de montrer la part importante qu'il a parmi les causes de maladie et de mort.

V.— Ouvrir, comme le font les médecins qui rendent compte au service des épidémies de la morbidité intégrale de leur service hospitalier de grandes villes, un chapitre au compte des affections syphilitiques. De cette façon, l'hygiène publique sera utilement renseignée sur la marche ascensionnelle de cet autre péril social : de cette façon, en matière administrative comme en matière d'éducation populaire, nous parviendrons, sans heurts et sans froissements, ne classant plus le mal vénérien parmi les choses honteuses, à le mieux connaître pour le mieux conjurer, ramenant enfin sa prophylaxie à celle des autres maladies contagieuses.

VI. — Répandre par l'enseignement dans les écoles de tous les degrés, depuis l'école de village jusque dans les écoles supérieures, par des leçons de choses, par des dictées, par des brochures, par des conférences. par un enseignement dont la forme est à trouver, les préceptes de l'hygiène individuelle et de l'hygiène générale.

VII. — Couvrir le pays d'un réseau de renseignements sanitaires tel que l'autorité civile soit en contact avec l'autorité militaire aussi bien pour les amenées que pour les rentrées de recrues ; l'hygiène de l'armée étant intéressée à ce que des conscrits ayant fréquenté un foyer contagieux risquent moins, comme cela s'est vu en matière d'oreillons, de rougeole, de scarlatine, d'influenza, de dysenterie, d'apporter à la caserne un foyer épidémique ; l'hygiène de l'armée étant intéressée à connaître, en matière de manœuvres ou d'appels, la sanité ou l'insalubrité du théâtre de ses opérations.

VIII. — Inviter le Ministre de la guerre, avec l'aide et la haute compétence du service de santé, à étudier la question de l'époque à choisir le plus opportunément pour appeler les recrues, leur entrée à la caserne, à la veille de l'hiver, ayant d'incontestables inconvénients sur lesquels semble depuis longtemps déjà faite l'entente de la médecine militaire et de la médecine civile.

IX. — Donner aux militaires, — comme le demandait un de nos derniers rapporteurs, — qui, au moment de leur départ en congé, sont incomplètement guéris d'une maladie contagieuse, un bulletin qui, dès leur arrivée au foyer familial, sera remis au maire pour être transmis au médecin des épidémies : combien, par ce moyen, seront empêchées d'épidémies d'angines, de dysenterie, de fièvres typhoïdes, combien seront empêchées d'endémies tuberculeuses.

X. — Prendre des mesures analogues, d'application quasi quotidienne, pour les nombreux malades qui, volontairement, en dépit de nos remontrances, sortent des hôpitaux civils alors qu'ils sont encore en activité contagieuse.

XI. — Prendre des mesures pour que les nombreux phtisiques quittant les hôpitaux avec l'espoir de se guérir « à l'air natal » ne puissent pas rentrer dans leur commune sans que la famille — avec tous les tempéraments que comporte pareille situation — soit instruite des précautions à prendre pour que, par le « pays retour de la grand'ville », ne naisse pas. à la maison et au village, une nouvelle endémie tuberculeuse.

XII. — Rappeler aux municipalités avec quel soin elles doivent veiller sur la régularité de leurs vaccinations et revaccinations, avec quel soin aussi elles doivent avoir l'œil sur toutes personnes ou collectivités provenant de foyers épidémiques, particulièrement sur les chemineaux, bateleurs, forains. moissonneurs, vendangeurs et marchands ambulants qui, souvent. sont la cause de dissémination des maladies contagieuses.

L'épilepsie Bravais jacksonienne.

M. Raymond intervient avec sa grande expérience clinique dans la difficile question des localisations cérébrales. Il rapporte plusieurs faits où celle-ci a pu être précisée et insiste sur les signes offrant une valeur absolue. L'épilepsie du type Bravais Jacksonien, la paralysie passagère post-épileptoïde. ne sont pas des signes suffisants de localisation ; la paralysie permanente avec certains caractères cliniques permet seule d'établir le diagnostic de localisation à la zone rolandique ; certains troubles mentaux indiquent une participation des lobes frontaux. Quel que soit le siège de la tumeur dans l'encéphale, elle peut déterminer de l'épilepsie partielle et de la paralysie passagère.

Election.

Membre titulaire dans la section d'hygiène.

Le classement des candidats était le suivant :

En 1re ligne, M. Josias ; en 2e ligne. ex-æquo, MM. Le Roy des Barres, Vaillard ; en 3e ligne, M. Netter ; en 4e ligne, ex-æquo, MM. Garnier, Thoinot.

Adjoints à la présentation, MM. Laugier et Widal.

M. Josias a été élu par 64 voix sur 88 votants, M. Le Roy des Barres ayant obtenu 18 voix.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 novembre 1901. — PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

Fistules vésico-vaginales.

M. RICHELOT a constaté, comme M. Bouilly, que les cas difficiles deviennent de plus en plus rares; cependant, il existe une variété fort intéressante, causée par l'hystérectomie : le procédé du dédoublement est excellent : cependant, souvent M. Richelot lui préfère le procédé de Braquehaye, qui, tout récemment encore, lui a donné un beau succès, dans un cas où les parois étaient très friables et le vagin fort rétréci.

D'une variété intéressante de mastoïdite.

M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. Joubert, concernant une otite purulente s'étant compliquée d'inflammation d'une cellule mastoïdienne aberrante, en arrière et au-dessus de l'antre, avec tuméfaction superficielle; il fit une incision superficielle, mais devant la persistance de la suppuration, il explora avec un stylet qui le conduisit dans une petite cavité remplie de fongosités ; il en fit le curettage qui fut suivi de guérison rapide ; cette affection est fort rare et M. Picqué pense que la propagation s'est faite par voie lymphatique, étant donnée la paroi osseuse qui séparait la cellule de l'antre.

M. BROCA croit que la propagation, dans ces cas, doit plutôt se faire par voie muqueuse, car toutes les cellules mastoïdiennes, étant donné leur développement, doivent communiquer plus ou moins entre elles.

Il en conclut, au point de vue thérapeutique, que lorsqu'on incise un phlegmon mastoïdien dont l'origine est douteuse et toujours quand il y a une otite, il faut explorer la paroi osseuse.

M. CHANASSE rapporte deux cas analogues et cite le mémoire de MM. Stanculeanu et Depautre, qui ont réuni cinq cas de cette affection : ils en montrent la gravité, puisque deux se sont terminés par la mort.

Fistule ombilico-vésicale.

M. PICQUÉ apporte une communication intéressante de M. Imbert (de Montpellier) concernant une fistule ombilico-vésicale, diagnostiquée par l'épreuve du bleu de méthylène et qu'il extirpa avec la plus grande partie de l'ouraque, par voie ombilicale.

Corps étrangers de l'estomac.

M. TUFFIER fait un rapport sur une observation de Callianzi concernant un cas de fourchette ayant siégé 78 jours dans un estomac, le manche dirigé vers le pylore, comme cela arrive d'habitude, sans donner d'autres symptômes que des picotements; l'auteur la retira par une gastrotomie qui fut suivie de guérison.

Quelquefois, fait observer M. Tuffier, la fourchette est rendue par l'œsophage ou pénètre dans l'intestin.

M. GUINARD fait observer que cette pénétration dans le duodenum lui paraît impossible et qu'il s'agit plutôt d'une perforation de l'estomac.

M. TERRIER fait remarquer à ce sujet qu'il n'a jamais compris le cas de Ledentu, concernant cette cuiller qui du jour au lendemain aurait perforé l'estomac et qu'on a trouvée, en effet, dans la cavité péritonéale.

M. LEGUEU a vu ce malade et assisté à l'opération : il pense d'après l'examen qu'il avait fait la veille et le jour même de l'intervention que la cuiller a dû perforer l'estomac entre les replis péritonéaux.

SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre 1901. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

Asile de Convalescence pour les enfants.

M. FAISANS fait part des conclusions d'un rapport qui doit être soumis par la Société à l'Administration, au sujet de l'aménagement d'un asile pour les enfants convalescents. M. Faisans demande un pavillon special de 80 lits pour les convalescents de diphtérie, un autre pavillon, sorte de sanatorium, pour les coquelucheux sans fièvre, enfin, un pavillon pour les autres convalescents, de 80 à 100 lits. M. Faisans demande que l'on fixe à 3 ans l'âge minimum d'admission dans l'Asile. Il prie l'Administration d'envoyer, si possible, tous les ans, un certain nombre de filles à la maison d'Epinay, bien organisée, et dont le prix de pension est modique.

M. NETTER demande un pavillon d'isolement pour les convalescents de scarlatine, qui selon lui, est contagieuse encore cinquante jours après le début de la maladie.

M. VARIOT défend la même opinion.

MM. COMBY et SEVESTRE protestent contre la prétendue contagion de la scarlatine après que la desquamation est terminée. Ils sont d'avis de conserver les enfants scarlatineux dans les hôpitaux jusqu'à complète guérison.

Péricardite brightique.

M. FERRIER a observé un malade atteint de péricardite aiguë généralisée. A l'autopsie, péricardite avec épanchement et exsudat pseudo-membraneux sur le péricarde. Les reins, petits, présentaient des granulations de Bright et de la glomérulite. L'évolution apyrétique de la maladie, l'absence de microbe pathogène, portent à affirmer que l'on a eu affaire à une péricardite brightique. Il est à noter que le malade avait été pris à la révision, or les accidents de néphrite chronique paraissent bien avoir eu leur début dans l'enfance.

M. TOULOUSE expose les résultats qu'il a obtenus chez les malades soumis au traitement bromuré privés de chlorures.

J. NOIR.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Un nouvel antipyrétique, l'acétopyrine.

Par le Dr **LAUMONIER**.

On sait que le spécifique le plus efficace contre le rhumatisme articulaire aigu et les accidents morbides de même ordre est l'acide salicylique, administré de préférence sous la forme de salicylate de soude. Mais, quelque énergique que soit ce remède, il est loin cependant d'être dépourvu d'inconvénients sérieux ; il peut déterminer en effet et il détermine fréquemment chez les personnes sensibles, des troubles gastriques, des nausées, des vomissements, de l'anorexie, de la cardialgie même. D'autre part, s'il est bien supporté par les enfants, dont l'émonctoire rénal fontionne bien, il n'en est pas ainsi chez les vieillards et même chez les adultes, quand il y a quelque altération dans le fonctionnement du rein.

Ces inconvénients ont conduit à la découverte de nouvelles préparations salicyliques, parmi lesquelles nous citerons le *salol* (combinaison de phénol et d'acide salicylique, employée surtout pour l'antisepsie interne et externe), la *salipyrine* (salicylate d'antipyrine, qui agit principalement comme antithermique analgésique), le *salophène* (salicylate d'acétyloparmidophénol, appartenant à la classe des salols, et employé comme antiseptique interne, antipyrétique et analgésique faible). Comme l'expérience clinique l'a prouvé, ces diverses préparations ont donné des resultats assez satisfaisants, parce que, tout en gardant leurs propriétés antiseptiques et antipyrétiques, elles se sont montrées moins toxiques que leurs constituants : néanmoins, on a pu signaler encore quelques accidents toxiques et de l'érythème, comme avec l'antipyrine. Les recherches furent donc poursuivies de nouveau pour trouver un corps qui, tout en restant aussi efficace, fut néanmoins incapable de provoquer les accidents secondaires dont on avait à se plaindre avec les préparations ci-dessus mentionnées, et sur la base de ces combinaisons saponifiables de phénol et d'acide salicylique (salols) qui, en présence d'un alcali ou dans un milieu alcalin comme l'intestin, se dedoublent en mettant en liberte leurs deux constituants.

Dans cet ordre d'idées, le premier corps trouvé fut l'*aspirine*, composee d'acide acétique pur et d'acide salicylique, et qui a donné d'assez bons résultats : mais son emploi, pa-

rait avoir quelque peu cedé devant celui de l'*acétopyrine*, formée d'acide acétosalicylique et d'antipyrine, que le Dr J. Winterberg et R. Braun ont tout récemment (1900) étudié.

Ce nouveau produit nous paraît assez intéressant pour mériter quelques instants d'attention. L'acétopyrine se présente sous forme d'une poudre cristalline, blanchâtre, à odeur plus ou moins faible d'acide acétique ; elle fond à 64-65° C. Difficilement soluble dans l'eau froide, dans l'éther et l'éther de pétrole, moins dans l'alcool, le chloroforme, le toluol bouillant, elle est assez soluble dans l'eau chaude. Elle présente, au surplus, la réaction de l'antipyrine, et fournit avec le chlorure ferrique une coloration rouge-sang, qui vire au jaune par addition d'acide sulfurique. La solution aqueuse chauffée en présence d'acide sulfurique, répand d'autre part une odeur accusée d'acide acétique. On obtient des cristaux en traitant la solution par l'éther : ces cristaux donnent avec le chlorure ferrique la réaction caractéristique de l'acide salicylique.

L'acétopyrine a été tout d'abord expérimentée par le Dr Winterberg à Vienne ; les premiers cas de rhumatisme, traités avec ce nouveau produit, ont permis de constater la complète absence des troubles secondaires que l'on note avec l'emploi des salicylates. Winterberg alors administra ce remède sur une plus grande échelle et il a réuni une centaine d'observations, particulièrement relatives à des cas de rhumatisme chronique, et dans lesquelles on n'a pu noter ni troubles gastriques, ni douleurs stomacales, ni vomissements, ni accidents secondaires d'aucune sorte ; l'appétit est resté parfaitement régulier, la digestion bonne et cependant les doses ont été quotidiennement de 3 à 5 grammes : enfin on n'a jamais constaté de complications du côté du rein, ni albumine, ni sueur, consécutivement à l'administration, même massive, du médicament. Parmi les cas traités, il faut mentionner 40 cas de rhumatisme articulaire aigu, 4 cas de typhus abdominal, 6 cas de gastro-entérite, 2 cas de bronchite, plusieurs cas d'influenza et de grippe, 1 cas de méningite cérébro-spinale... etc. Dans le rhumatisme articulaire aigu, l'administration de l'acétopyrine paraît avoir donné des résultats comparables sinon meilleurs à ceux que fournissent les salicylates ; les douleurs et la fièvre ont promptement cédé et, comme il a été dit, aucun accident secondaire n'a pu être signalé, et les malades ont tous très bien supporté le médicament, donné cependant parfois à doses considérables (5 et 6 gr. par jour). Dans les pyrexies, l'abaissement thermique est très prompt et semble aussi durable qu'avec l'antipyrine ; les attaques d'influenza ont disparu après quelques cachets de 0 gr. 50, sans récidives. Dans le cas de méningite, on a obtenu une sédation très rapide et la disparition des accidents méningés les plus inquiétants ; dans les bronchites et les grippes à forme pulmonaire, les patients ont éprouvé un soulagement visible ; la température a baissé, le pouls a diminué de fréquence et les respirations sont devenues moins rapides et plus profondes. Enfin dans le typhus et la gastro-entérite, l'acétopyrine a fait preuve de ses éminentes propriétés antiseptiques, en enrayant rapidement les phénomènes toxiques et, par suite, hyperthermiques.

Il est facile de comprendre le mecanisme de l'action de l'acetopyrine par ce que nous avons dit précédemment. Ce produit en effet se dédouble dans le milieu intestinal en acide acétosalicylique et en antipyrine. L'acide acétosalicylique jouit des propriétés analgésiques et antiseptiques de l'acide salicylique, mais la présence de la combinaison acetique paraît le rendre moins toxique, ce qui explique la disparition des accidents secondaires ; quant à l'antipyrine, après dédoublement, elle recupère ses propriétés primitives, antipyrétique et analgésique.

En resumé, d'après Winterberg, ce nouveau remède paraît jouir de propriétés antipyrétiques très actives et de propriétés antiseptiques très réelles : il est aussi très efficace contre les douleurs rhumatismales et certaines myopathies et arthropathies ; il doit être en conséquence considéré comme un substitutif très heureux des salicylates et occasionnellement de l'antipyrine et des produits analogues. On peut aussi s'en servir, à la place du salol, dans l'antisepsie des voies digestives.

On administre l'acétopyrine à la dose de 0 gr. 50 de 4 à 6 fois par jour, et de préférence, quand il y a fièvre, au moment de l'accès ; dans les cas graves, on peut donner d'emblée 1 gr. 5 à 6 fois par jour : il n'y a à craindre aucun phénomène d'intoxication. Winterberg a commencé par formuler des cachets, mais il conseille maintenant de donner la dose dans un peu d'eau sucrée, l'acétopyrine communiquant à la solution un goût acidulé agréable.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

(Suite et fin.)

—

L'hallux-valgus.

M. Bilhaut (de Paris). — L'hallux-valgus est une déformation du gros orteil, constituée par la déviation : en dedans, du premier métatarsien, et le déjet, en dehors, des deux phalanges. Cette affection est ou congénitale ou acquise. Dans le premier cas, elle est curable, grâce à la réduction et au maintien en bonne direction, au moyen d'appareils inamovibles (plâtre, gutta-percha) et les résultats seront d'autant plus rapidement acquis, que le traitement aura été établi de bonne heure. L'hallux-valgus acquis débute aux divers âges de la vie : chez l'adolescent, chez l'adulte, chez le vieillard. Chez le vieillard, il est souvent dû au rhumatisme déformant et, dans ce cas, les os présentent les lésions caractéristiques de cet état. Quand il débute chez l'adulte, il se rattache souvent au rhumatisme, à la goutte, et l'état anatomique du premier métatarsien est modifié par l'apparition de tophus plus ou moins volumineux, irrégulièrement disposés autour de l'articulation. Dans bon nombre de cas, la lésion n'est que la continuation avec aggravation d'un mal contracté pendant l'adolescence. Chez l'adolescent, on trouve non seulement une direction en dedans de la partie antérieure du premier métatarsien, avec bourse séreuse accidentelle, donnant à la région l'apparence d'un oignon, mais encore *une exostose constante*, située sur le côté externe de la tête du premier métatarsien. Chez les jeunes adultes, cette lésion osseuse, que m'ont fait découvrir de nombreux examens aux rayons X, est comparable aux exostoses de croissance, elle existe seule, à l'exclusion de toute autre modification de l'articulation. Elle est placée entre les deux premiers métatarsiens. On s'explique qu'elle pousse mécaniquement en dedans celui qui supporte le gros orteil. On a ainsi la clef de la déformation due au glissement qui s'opère dans l'articulation du premier cunéiforme avec le premier métatarsien. On comprend de même la déviation des phalanges du gros orteil en dehors. Enfin, on trouve dans la constatation de cet état, une précieuse indication thérapeutique. Il faut supprimer cette exostose pour obtenir un succès complet. Dans les cas peu anciens, cette seule thérapeutique suffit. Chez l'adulte, le traitement chirurgical de l'hallux-valgus grave, douloureux, empêchant la marche et, en outre, disgracieux au point de vue esthétique, ne doit pas consister seulement dans l'incision, la dissection de la bourse séreuse accidentelle et dans la résection cunéiforme de la tête du premier métatarsien. Le résultat définitif excellent ne peut être acquis si on ne complète l'intervention par la résection de l'exostose qui existe constamment sur le côté externe de la tête du premier métatarsien. Enfin, pour les déviations très accentuées, je propose de compléter l'intervention par l'incision, à ciel ouvert, de la portion interne de la capsule qui unit le premier cunéiforme au premier métatarsien. On corrigera ainsi, sans effort, la direction vicieuse.

Fracture comminutive de l'avant-bras au tiers inférieur. — Impotence fonctionnelle consécutive. — Consolidation vicieuse. — Utilité des Rayons X pour guider la chirurgie.

M. Bilhaut (de Paris). — L'auteur communique l'observation d'une petite malade qui, après une fracture de l'avant-

bras vicieusement consolidée, et après élimination d'un séquestre, présentait une impotence fonctionnelle très caractérisée, et une suppuration qui menaçait de s'éterniser. L'examen aux rayons X permit de constater que le radius était vicieusement consolidé et qu'il existait non seulement une fracture de cet os au tiers inférieur, mais en outre une seconde fracture, en bois vert, au milieu de la diaphyse. La partie inférieure du fragment supérieur croisait le cubitus, diminué lui-même de longueur, par l'élimination du séquestre. La résection d'une partie du radius permit d'obtenir la cicatrisation complète et un retour de toutes les fonctions de la main. L'auteur conclut en ces termes : « Cette observation prouve quels avantages nous devons retirer de la radiographie au point de vue de la notion exacte des désordres qui ont pu survenir dans le squelette, à un moment donné. La radiographie explique par quel mécanisme les fonctions physiologiques sont supprimées ou entravées. Elle nous guide dans la marche à suivre pour l'application d'une thérapeutique raisonnée et efficace. Elle nous permet de lever les obstacles qui s'opposent aux fonctions normales et rend curables des lésions qui, précédemment, n'eussent paru susceptibles d'aucun traitement. L'opération indiquée dans ses grandes lignes doit être faite aseptiquement et comprendre une toilette parfaite de tout le champ opératoire. »

Deux cas rares de chirurgie orthopédique.

M. Mencière (de Reims). — 1° Pied bot varus équin chez un homme de 40 ans. Opération. Guérison. 2° Ankylose du genou en position vicieuse consécutive au développement d'un ostéo-chondrome intra-articulaire. Opération. Guérison avec retour des mouvements de flexion et d'extension du genou. Par sa fréquence, la tarsectomie pour pied bot est aujourd'hui presque d'ordre banal ; mais ce qui n'est pas banal, c'est l'âge du malade, 40 ans. Tout l'intérêt du cas pour lequel les photographies présentées permettent de constater l'excellent résultat obtenu réside dans l'âge du sujet. Le Dr Louis Mencière, comme son collègue Ziembicki (de Lemberg), au Congrès de 1900, estime qu'il est utile de constater par des observations ce que donnent, chez des sujets âgés, des interventions dont nous connaissons toute la valeur chez l'enfant. — La seconde observation de l'auteur est relative à un cas d'ostéo-chondrome, qui, par son développement, a déterminé une variété d'ankylose du genou dont il n'a pas trouvé trace dans la littérature médicale. Des photographies et radiographies, un examen microscopique, sont joints à l'observation. Le résultat esthétique et fonctionnel est excellent. L'auteur conclut : il faut retenir de cette observation : 1° Le fait lui-même ; ostéo chondrome intra-articulaire, déterminant une ankylose du genou en position vicieuse, cas très rare et dont l'auteur ne connaît pas d'exemple. 2° Technique opératoire simple, permettant l'ablation de la tumeur en ménageant toutes les parties de l'articulation sans nuire au fonctionnement du quadriceps fémoral. 3° Diagnostic anatomique et radiographique précis, permettant de régler d'avance les différents temps de l'intervention, montrant une tumeur indépendante et n'ayant que des rapports relatifs avec les massifs osseux voisins. 4° L'ensemble de cette observation ajoute des notions nouvelles aux éléments déjà connus pour le diagnostic toujours délicat des tumeurs du genou et affirme l'utilité incontestable de la radiographie en pareils cas.

Le cancer du gros intestin.

M. Monprofit (Angers). — La chirurgie du cancer du gros intestin nous donne actuellement des résultats beaucoup meilleurs que celle de beaucoup d'autres cancers. Nous avons depuis déjà longtemps adopté la conduite suivante : Dans un premier temps, nous enlevons la tumeur aussi largement que possible, en dépassant les limites aussi loin que nous le pouvons, sans nous occuper de la reconstitution de la continuité intestinale et en fermant les deux bouts de l'intestin sectionné. Dans un second temps, nous abandonnons le *premier champ de bataille*, la région où a eu lieu l'ablation de la tumeur, et très loin, aussi loin que possible, prenant l'intestin très haut en amont et très bas en aval, nous pratiquons une *anastomose latérale*. De cette façon nous n'avons pas à ménager l'exérèse pour pouvoir faire une suture circulaire des deux bouts de l'intestin, et nous sommes plus libres pour enlever très largement la tumeur. D'un autre côté, si une récidive revient, nous avons chance qu'elle n'envahisse pas notre anastomose qui en est aussi éloignée que possible, et nous ne voyons plus se reproduire des phénomènes d'occlusion, qui pourraient nécessiter une nouvelle intervention.

Quant à la question de savoir s'il faut commencer par l'anastomose ou par l'ablation de la tumeur, je crois que si la tumeur paraît possible à enlever, il vaut mieux commencer par s'en débarrasser. Il est bien entendu que si elle est impossible à enlever dans de bonnes conditions, on ne pratique qu'une anastomose intestinale. Il est, en outre, des cas dans lesquels on est bien obligé de faire une suture circulaire, mais pour ma part, lorsque l'anastomose latérale est possible, je lui donne la préférence.

La gastro-entérostomie.

M. Monprofit (d'Angers). — J'ai été l'un des premiers en France à présenter des observations de gastro-entérostomie par le procédé en Y de Roux, de Lausanne, et je suis toujours admirateur de ce procédé, si élégant, et si physiologique. Je le pratique toujours de temps à autre, surtout chez les malades atteints d'affections bénignes. Mais je dois dire que j'obtiens de si bons résultats avec le procédé de Von Hacker que je n'éprouve pas le besoin de recourir à l'Y, qui n'est certainement ni plus compliqué, ni plus difficile, mais incontestablement un peu plus long. Je crois que les indications de la gastro-entérostomie vont s'étendant tous les jours ; plus nous avancerons, plus on s'apercevra que le traitement chirurgical des affections chroniques de l'estomac est le seul à recommander et qu'il n'existe en réalité pas de traitement médical efficace en pareil cas. Il est d'ailleurs extrêmement difficile de faire d'une façon exacte le diagnostic de la nature maligne ou bénigne des troubles gastriques chroniques, et même des tumeurs, avec les moyens dont nous disposons actuellement. L'examen histologique des tumeurs fait par les hommes les plus compétents n'est souvent pas beaucoup plus positif. Nous avons vu des malades présentant tous les signes cliniques du cancer de l'estomac, avec tumeur volumineuse, qui guérissent complètement après la gastro-entérostomie, et ont une survie indéfinie. J'ai, pour ma part, plusieurs malades de ce genre dont la santé se maintient parfaite après plusieurs années, et il est incontestable que pour eux la gastro-entérostomie a été une véritable opération radicale.

Sur la myomectomie abdominale.

M. Monprofit (Angers). — Depuis plusieurs années nous cherchons dans tous les cas de fibromes nécessitant une intervention abdominale, à enlever les tumeurs, en conservant la matrice. Les indications de la myomectomie abdominale avec conservation de l'utérus vont s'étendant de plus en plus ; à la période d'hystérectomie à outrance succède au contraire maintenant une période de tendances résolument conservatrices dans le cas de fibromes utérins. On peut dire que le résultat est dû pour la plus grande part aux interventions abdominales pratiquées en si grand nombre pendant ces dernières années, car c'est par la voie abdominale que la myomectomie, avec conservation de l'utérus et des annexes dans leur intégrité anatomique et fonctionnelle, est surtout facile à exécuter ; la myomectomie vient donc comme un complément naturel des hystérectomies abdominales. Car ce sont ces opérations qui nous ont surtout permis de voir combien elle est souvent facile à exécuter. Malgré cela, les indications de la myomectomie conservatrice sont assez limitées ; nous n'avons trouvé, depuis environ trois ans, que 17 cas dans lesquels elle nous ait paru pouvoir être sans danger substituée à l'ablation totale. Dans tous ces cas nous avons obtenu et la guérison opératoire, et la disparition des accidents douloureux ou hémorrhagiques. La grossesse ne s'est, à notre connaissance, produite que dans un seul cas, et a été interrompue au 5e mois par une

fausse couche, mais nous savons que d'autres observateurs ont pu relater des grossesses menées à bonne fin après la myomectomie. Nous sommes donc d'avis de substituer la myomectomie à l'hystérectomie dans tous les cas où elle sera possible, chez les femmes n'ayant pas encore atteint l'âge de la ménopause, et lorsque le nombre des fibromes ne sera pas trop considérable.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins Contemporains



(Cliché Pirou)

M. LE Pr Maurice DEBOVE
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

La Faculté de Médecine de Paris a désigné, au second tour de scrutin, par 48 voix sur 56 votants, M. le Pr Debove comme successeur de M. Brouardel au décanat. Les agrégés de la Faculté de médecine avaient voulu donner à cette élection une allure de manifestation. Ils désiraient imposer au nouveau doyen, le mandat impératif de poursuivre la réforme de la pérennité de l'agrégation, et M. Debove n'acceptant pas cette sorte de mise en demeure, avait retiré sa candidature. Mais sur les instances pressantes de ses amis, il consentit à se laisser élire au second tour. Ce n'est pas que le Pr Debove soit l'adversaire de la pérennité de l'agrégation ; mais il juge que, dans l'intérêt même des agrégés en exercice, il ne faut pas se hâter de la réclamer, car, pour être utile, elle demande une réforme totale de l'agrégation, réforme qui, jusqu'alors, n'a pas été suffisamment étudiée.

M. Debove a accepté l'honneur du décanat sans enthousiasme : en assumant la charge de ses hautes fonctions, il fait de lourds sacrifices et parmi eux, en partie celui de son indépendance.

Né à Paris, le 11 mars 1845, Maurice-Georges Debove entra dans la carrière médicale, poussé par le seul désir de se faire une situation. Il eut la chance d'avoir pour premier maître, pour ami et pour conseiller, le Professeur Lorain qui, très imbu des progrès des Universités Allemandes, lui conseilla, dès qu'il fut interne (1869), d'aller passer une année à Berlin. Il y fut l'élève de Virchow et de Traube et y apprit surtout à se tenir au courant des littératures médicales étrangères, et à ne pas borner son horizon scientifique aux étroites limites de nos frontières.

La guerre de 1870 le rappela en France. Il fit campagne dans l'armée du Nord que commandait Faidherbe. Simple garde-mobile, puis chirurgien d'un bataillon de matelots débarqués, il prit part aux combats de Bapaume, de Vermant et de Saint-Quentin.

Après la guerre, Debove fut successivement l'interne de Lorain et de Bazin. Pour sa dernière année d'internat il choisit le service de Charcot. Le grand neurologiste, alors simple médecin de la Salpêtrière, ne jouissait pas de la légitime influence que devaient plus tard lui donner l'importance de ses travaux et la supériorité de son talent. M. Debove sut prévoir la valeur scientifique du Maître dont il fut un des élèves préférés et resta l'ami.

En 1873, Debove entrait comme préparateur de Ranvier au laboratoire des Hautes-Etudes du Collège de France; il était en 1875, chef de clinique de la Faculté et attaché à ce titre à Béhier puis à Germain Sée, qui lui succéda. Médecin des hôpitaux en 1877, il devenait l'année suivante agrégé (section de médecine). Il fut chargé du cours auxiliaire de pathologie interne en 1881 et 1884 : fit en 1883 le cours officiel de clinique médicale à la Pitié, suppléant Lasègue. A cette époque, il fit connaître, le premier en France, la nouvelle découverte de R. Koch du bacille de la tuberculose.

La mort de M. Damaschino en 1890 appela M. Debove à la chaire de pathologie interne et, en 1900, la retraite de Potain lui permettait de prendre possession du cours de clinique médicale de la Charité. M. Debove demanda et obtint le transfert de cette clinique à l'hôpital Baujeon ; il ne fut pas en cela guidé par des raisons de commodités personnelles, mais il put se convaincre qu'à la Charité, le recrutement des malades était devenu très difficile et que l'installation primitive des laboratoires rendait impossible l'organisation d'une clinique moderne. D'ailleurs, au Conseil même de la Faculté, le Pr Potain avait déclaré, lors de sa retraite, que son successeur ne pourrait guère à la Charité, traiter dans ses cliniques un autre sujet que la tuberculose pulmonaire.

Président de la Société médicale des hôpitaux en 1893, M. Debove fut élu la même année à l'Académie de Médecine.

Excellent professeur, à l'éloquence primesautière, à l'intelligence alerte et originale, M. Debove sait donner à ses leçons une allure familière, empreinte d'un léger scepticisme, qui contribue à en faire le charme. Ses cours sont très suivis, et très goûtés des étudiants. Les qualités du professeur ne nuisent chez lui en rien à celles de l'homme de science et du médecin. Il nous suffira de rappeler ses travaux sur les hémorragies de la protubérance (en collaboration avec M. Bourneville) et publiés dans le *Progrès Médical*, sa thèse de doctorat sur le psoriasis buccal, ses thèses de concours sur l'action physiologique des médicaments, sur le régime lacté dans les maladies ; ses études sur la sclérose latérale amyotrophique (en collaboration avec M. Gombault), ses recherches sur l'hypertrophie cardiaque dans la néphrite interstitielle (en collaboration avec M. Letulle). Avec Boudet de Pâris, il étudia l'incoordination motrice des ataxiques et la pathogénie des tremblements ; avec M. Capitan, la mort subite dans la néphrite ; rappelons encore ses leçons de 1884 sur la tuberculose parasitaire que publia son élève, M. Faisans, et qui lui valurent le prix Lacaze. Nous ne saurions énumérer tous ses travaux qui eurent surtout trait aux maladies nerveuses et aux affections des voies digestives. Le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie* ont eu du reste l'honneur de publier les plus importants.

Rappelons qu'on doit à M. Debove, au point de vue pratique, la vulgarisation du lavage de l'estomac et l'invention d'un siphon stomacal ; qu'il fit construire une des premières seringues stérilisables ; qu'il préconisa l'emploi du froid par évaporation dans le traitement de la douleur et imagina dans ce but le siphon de chlorure de méthyle aujourd'hui d'un usage quotidien. On doit encore à son ingéniosité, un appareil très simple et très commode, pour opérer la thoracentèse. Nous ne saurions oublier que M. Debove pratiqua le premier le gavage des tuberculeux et songea dans ce but à se servir de poudre de viande.

L'idée de fonder une bibliothèque médicale de poche, (Biblioth. Charcot-Debove), celle de faire rédiger par de

jeunes médecins un manuel élémentaire de médecine (Manuel de Médecine de Debove et Achard), reviennent encore au nouveau doyen.

Que compte faire M. Debove à la Faculté de médecine de Paris ? Si nous en croyons un de ses plus intimes amis, il ne se dissimule pas les difficultés de sa tâche. Sans oublier la réforme de l'agrégation, son premier effort portera sur le développement des cours payants à la Faculté qui sont, selon lui, destinés à donner les meilleurs résultats. Il serait en outre tout disposé à permettre à l'enseignement libre de prendre à la Faculté le plus large essor, mais il est l'adversaire résolu de l'organisation d'un enseignement municipal. La ville de Paris oublierait trop que la Faculté de Médecine, institution d'Etat, est aussi intimement liée à la municipalité parisienne par ses rapports avec l'Assistance publique, et l'Université de Paris ne saurait voir avec indifférence créer à côté d'elle un organisme destiné à diminuer ses ressources et à l'amoindrir.

M. Debove est en outre bien décidé à borner son rôle aux questions d'enseignement ; le doyen d'aujourd'hui n'est plus, aurait-il dit, le doyen de jadis, chef de la corporation. Il n'est et ne veut être ni médecin légiste, ni expert ; ne s'étant jamais occupé d'hygiène, il n'a aucune raison pour s'attacher aux questions de médecine publique. En dehors de l'enseignement, le doyen de la Faculté de Paris ne saurait être autre chose qu'un médecin, et dans la corporation médicale, qu'un confrère. Il désire en tant que doyen rester étranger à tout ce qui ne concerne pas l'enseignement. Mais cela ne veut pas dire qu'il se désintéressera des intérêts professionnels ; toutes les fois qu'il en aura l'occasion, il mettra au service de ses confrères, l'influence dont il dispose et l'autorité morale que lui donne sa haute situation.

En somme, doté d'une grande distinction naturelle, d'une courtoisie parfaite et d'une intelligence supérieure, se rendant très exactement compte du rôle qu'il doit remplir, M. Debove paraît avoir toutes les qualités requises pour administrer habilement la Faculté de Médecine de Paris et en augmenter l'illustre et antique renommée. J. N.

Principaux travaux de M. Debove :

Note sur la lymphadénie cutanée (*Soc. anat.*, 1872). Mémoire sur la couche endothéliale sous-épithéliale des membranes muqueuses (*Arch. de phys.*, 1873). Note sur un cas de lésions tuberculeuses des poumons, des jointures et de l'utérus (*Bull. de la Soc. anat.*, 1873). Le psoriasis buccal (*Thèse inaugurale*, Paris, 1873). Note sur les lymphangites cancéreuses (*Progrès Médical*, 1874). Note sur un cas d'hémorrhagie de la protubérance chez un sujet atteint de paralysie infantile (*Progrès medical*, 1874. En collaboration avec le docteur Bourneville). L'action physiologique des médicaments peut-elle devenir la règle de leur emploi thérapeutique ? (*Thèse de concours*, Paris, 1875). Note sur un cas de mutisme hystérique (*Progrès médical*, 1876. En collaboration avec le docteur H. Liouville). Note sur les lésions des faisceaux primitifs des muscles volontaires dans l'atrophie progressive et dans la paralysie saturnine (*Soc. de Biolog.*). Le régime lacté dans les maladies (*Thèse de concours*, Paris, 1878). Note sur un cas d'hémianesthésie d'origine alcoolique (*Soc. méd. des hôp.*, 1879) Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie (*Soc. med. des hôp.*, 1879. En collaboration du docteur Dreyfous). Note sur les deux nouveaux faits d'hémiplégie de la motilité et de la sensibilité. Guérison par une application d'aimants (*Arch. de neur.*, 1880). Recherches sur l'incoordination motrice des ataxiques (*Arch. de neur.*, 1880. En collaboration avec le docteur Boudet de Pâris. Recherches anatomiques et cliniques sur l'hypertrophie cardiaque de la néphrite interstitielle (*Arch. gén. de méd.*, 1880. En collaboration avec le docteur Letulle). Recherches sur la pathogénie des tremblements (*Arch. de neur.*, 1880. En collaboration avec le docteur Boudet de Pâris). Note sur la technique des préparations de la moelle (*Arch. de neur.*, 1880). Note sur l'entrecroisement sensitif du bulbe (*Arch. de neur.*, 1880). En collaboration avec le docteur Gombault). De la mort subite dans la néphrite interstitielle (*Soc. de méd. des hôp.*, 1880. En collaborat. avec le docteur Capitan). De l'élongation dans l'ataxie locomotrice (*Soc. méd. des hôp.*, 1880). Note sur un appareil destiné au lavage de l'estomac (*Soc. méd. des hôp.* 1881). Recherches sur les épanchements chyliformes des cavités (*Soc. med. des hôp.*, 1881.) Recherches sur l'hystérie fruste et sur la congestion pulmonaire hystérique (*Soc. méd. des hôp.*, 1882). Recherches sur l'uremie d'origine hépatique (*Soc. med. des hôp.*, 1883). Du traitement de la névralgie par la congélation (*Soc. med. des hôp.*, 1884). De la fièvre hystérique (*Soc. méd. des hôp.*, 1886). Recherches expérimentales sur l'hystérie (anorexie, inanition, boulimie, anurie) (*Soc. méd. des hôp.*, 1885. En collaboration avec A. Flamant.) Remarques sur l'hystérie de l'homme (*Soc. méd. des hôp.*, 1885-1886.) Influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition (*Soc. méd. des hôp.*, en collaboration avec Flamant). Recherches sur l'influence de la graisse sur la nutrition (*Soc. méd. des hôp.*, 1886. En collaboration avec A. Flamant.) Des inconvénients du régime lacté dans le traitement des maladies de l'estomac (*Soc. méd. des hôp.*, 1886). De l'emploi du chlorure de méthyle (*Soc. méd. des hôp.*, 1887). De l'urticaire hydatique (*Comptes rendus de l'Institut*, 1887). Note sur un appareil à chlorure de méthyle (*Soc. des hôp.*, 1888.) De l'emploi médical du chlorure de méthyle, Paris, 1889, Masson, édit.). Des crises gastriques non tabétiques (*Soc. méd. des hôp.*, 1889). De la syringomyélie (*Soc. des hôp.*, 1889). Remarques sur le régime alimentaire des malades et sur l'emploi de la féeule soluble (*Soc. des hôp.*, 1889). Hémiplégie hystérique avec atrophie survenue à la suite d'une diphtérie (*Soc. des hôp.*, 1889), etc., etc.

VARIA

Le jubilé scientifique de Berthelot.

Auguste Comte, en jetant les bases de sa religion de l'Humanité, avait consacré les jours de son calendrier au souvenir des hommes, qui par leurs vertus ou leurs talents avaient honoré la race humaine. Notre époque paraît avoir compris la haute portée de cette conception positiviste ; pour fêter ses saints laïques elle n'attend même plus leur mort. Après les jubilés de savants comme Pasteur et Virchow, de philanthropes comme Théophile Roussel et Mlle Bottard, on a célébré le cinquantenaire scientifique de Marcelin Berthelot.

Dimanche, 24 novembre, l'amphithéâtre de la Sorbonne était envahi ; dès 9 heures du matin, la foule s'écrasait dans les couloirs et maint professeur, maint membre de l'Institut dut attendre à la porte, la fin de la cérémonie. C'est que Berthelot, fêté ce jour-là, est plus qu'un grand savant, c'est la personnification même de la science moderne, qui se dresse vigoureuse en face des visionnaires et des ignorants qui proclament son impuissance.

Nous ne décrirons pas l'enthousiasme de cette foule intelligente, ayant peine à modérer les manifestations de son ardeur. Nous ne relaterons pas les hommages de reconnaissance que les pouvoirs publics, ayant à leur tête le chef de l'Etat, ont porté aux pieds de ce modeste grand homme. Nous ne saurions même énumérer la longue suite de victoires que le savant a remportées de haute lutte sur la Nature rebelle, et que l'éloquente parole de M. Moissan a fait revivre dans un remarquable discours. Berthelot écoutait simple et digne sans orgueil, ni fausse modestie, et lorsqu'il se leva pour répondre, la foule qui l'acclamait, retint son souffle, anxieuse, sentant bien que seules de fortes et nobles idées pouvaient être émises par Berthelot, en ce moment solennel.

Berthelot parla de la « puissance de l'individu centuplée par la transformation des forces jusqu'alors ignorées ou incomprises » ; il montra les liens qui unissent les peuples resserrés par les progrès de la science ; il exposa le rôle des savants dans notre société nouvelle :

« Par là même, dit-il, le rôle des savants, comme individus et comme classe sociale, a grandi sans cesse dans les Etats modernes. Mais nos devoirs vis-à-vis des autres hommes grandissent en même temps, ne l'oublions jamais ! Proclamons-le dans cette enceinte, dans ce Palais de la science française ! Ce n'est pas pour la satisfaction égoïste de notre vanité privée que le monde, aujourd'hui, rend hommage aux savants. Non ! c'est parce qu'il sait qu'un savant, vraiment digne de ce nom, consacre une vie désintéressée au grand œuvre de notre époque : je veux dire l'amélioration, trop lente, hélas ! à notre gré, du sort de tous, depuis les riches et les heureux jusqu'aux humbles, aux pauvres, aux souffrants ! Voilà ce que les pouvoirs publics declaraient il y a neuf ans dans cette salle même, en honorant Pasteur.

Voilà ce que mon ami Chaplain a cherché à exprimer sur cette belle médaille, que le Président de la République vient de m'offrir. Je ne sais si j'ai complètement rempli le noble idéal que l'artiste a retracé ; je me suis efforcé du moins d'en faire l'objet et la fin, le but directeur de mon existence ! »

Et tandis que Berthelot décrivait, de sa sobre et puissante voix, la marche précise et continue de l'humanité vers un idéal de perfection, bien loin, à l'ombre de Fourvière, le mélancolique liquidateur de la « faillite de la science », M. Brunetière, tâchait de faire revivre à force de sophismes et de réthorique, de vagues « motifs d'espérer », lueurs tremblantes et indécises des superstitions qui s'éteignent.

J. Noir.

Hommages au Pr Fournier.

Le Pr Fournier devant quitter, à la fin de l'année scolaire 1901-92, la chaire de Clinique de l'Hôpital Saint-Louis, ses élèves et ses amis ont l'intention de lui offrir une médaille. Les personnes désireuses de prendre part à la souscription sont priées d'adresser, avec leur carte, leur cotisation à M. Rueff, trésorier, 106, boulevard Saint-Germain, ou à l'un des Membres du Comité. Le prix de la cotisation est de 25 francs et donne droit à un exemplaire de la médaille, qui sera exécutée par M. Chaplain, membre de l'Institut.

Le Comité se compose de : MM. A. Doyon, associé de l'Académie de Médecine (Lyon) ; E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; F. Balzer, Médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Barthélemy, ancien chef de Clinique ; L. Hudelo, médecin des Hôpitaux ; P. Gastou, ancien chef de clinique ; E. Emery, ancien chef de clinique ; Edmond Fournier, ancien chef de clinique ; Milian, chef de Clinique.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotée.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korab, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korab* à la dose de 2, 3 ou 4 par jour sont acceptées sans dégoût et sans répugnance par les malades ; la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalations créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot, l'*hélénine créosotée de Korab* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

Actes et Thèses de la Faculté.

Examens. — Lundi 2. — 2e *de Chirurgien-dentiste.* MM. Fournier, Remy, Gaucher. — 2e *de Doctorat.* MM. Richet, Retterer, Richaud. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). (1re *Série*). MM. Tillaux, Kirmisson, Gosset. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). (2e *Série*). MM. Terrier, Jalaguier, Broca (Aug.) — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Brissaud, Bezançon, Legry.

Mardi 3. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (a. r.) MM. Hutinel, Charrin, Dupré. — 2e *de Chirurgien-dentiste.* MM. Chantemesse, Quenu, Chassevant. — 2e *de Chirurgien-dentiste.* MM. Cornil, Thierry, Vaquez. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). MM. Guyon, Berger, Hartmann. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (1re *Série*). MM. Dieulafoy, Thiroloix, Renon. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (2e *Série*). MM. Joffroy, Raymond, Jeanselme. — 5e *d'Obstétrique.* (1re *partie*). MM. Budin, Bonnaire, Demelin.

Mercredi 4. — *Médecine opératoire.* (n. r.) MM. Lannelongue, Poirier, Cuneo. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (n. r.). MM. Brissaud, Hanriot, Legry. — 2e *de Chirurgien-dentiste.* MM. Kirmisson, Netter, Desgrez. — 4e *de Doctorat.* (n. r.) MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz.

Jeudi 5. — *Médecine opératoire.* (a. r.) MM. Guyon, De La Personne, Hartmann. — 2e *de Chirurgien-dentiste.* MM. Remy, Gley, Tessier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie* (n. r.) MM. Mery, Charrin, Launois. — 4e *de Doctorat.* (a. r.) MM. Proust, Vaquez, Chassevant.

Vendredi 6. — 2e *de Chirurgien-dentiste.* MM. Hayem, Gaucher, Walther. — 4e *de Doctorat.* (n. r.) MM. Pouchet, Netter, Teissier. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). (1re *Série*). MM. Terrier, Reclus, Gosset. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). (2e *Série*.) MM. Delens, Legueu, Mauclaire. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Landouzy, Widal, Besançon. — 5e *d'Obstétrique.* (1re *partie*). MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 7. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (n. r.) MM. Cornil, Blanchard, Renon. — 2e *de Chirurgien-dentiste.* MM. Poirier, Launois, Desgrez. — 2e *de Chirurgien-dentiste.* MM. Pouchet, Quenu, Gouget. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). MM. Pozzi, Marion, Auvray. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Raymond, Mery, Widal. — 5e *d'Obstétrique.* (1re *partie*). MM. Budin, Demelin, Potocki.

Thèses. — Jeudi 5. — MM. Podevin. Contribution à l'étude des fractures de métatarsiens par cause indirecte. — Ferrand. Rhino-bronchite spasmodique. — Thorel. Des fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire et de leur traitement. — Delacourt. De la dystocie par kystes hydatiques du bassin.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 10 novembre au samedi 16 novembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,065 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 380, illégitimes 153. Total 533. — *Sexe féminin* : légitimes, 402, illégitimes, 130. Total, 532.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 10 nov. au samedi 16 novem. 1901, les décès ont été au nombre de 952, savoir : 482 hommes et 470 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. I, F. 8. T. 9. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 3, F. 2, T. 5. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 3, T. 3. — Diphtérie et Croup : M. 6, F. 5, T. 11. — Grippe : M. 1, F. 1, T. 2. — Choléra asiatiuqe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 4, F. 2, T. 6. — Tuberculose des poumons : M. 120, F. 102, T. 222. — Tuberculose des méninges : M. 10, F. 9, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 4, F. 6, T. 10. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 17, F. 33, T. 50. — Méningite simple : M. 5, F. 1, T. 6. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 30, F. 24, T. 54. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 36, T. 63. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 12, T. 15. — Bronchite chronique : M. 5, F. 12, T. 17. — Pneumonie : M. 35, F. 28, T. 63. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 44, F. 50, T. 94. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 2, F. 3, T. 5 ; autre alimentation : M. 4, F. 6, T. 10. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 2. F. 6, T. 8. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 3, T. 6. — Cirrhose du foie : M. 4, F. 4, T. 8. — Néphrite et mal de Bright : M. 23, F. 5, T. 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 1, F. 4, T. 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 11, T. 24. — Débilité sénile : M. 18, F. 25, T. 43. — Morts violentes : M. 23, F. 6, T. 29. — Suicides : M. 12, F. I, T. 13. — Autres maladies : M. 61, F. 44, T. 105. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 7, F. 9, T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 25, illégitimes, 13. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 6. — Total : 28.

Médaille d'honneur des épidémies. — Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, la médaille d'honneur des épidémies et la mention honorable sont décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie de variole ayant sévi à Marseille d'octobre 1899 à mai 1900 : Médaille d'argent : M. le Dr Bidon, médecin des hôpitaux, chef du service des varioleux. — Médaille de bronze : MM. Risset, Ponthieu, internes en médecine ; M. Lieuthier, externe en médecine ; M. Saurin,

externe en médecine ; Mme Abry, en religion sœur Saint-Antoine. — M. Chapus, infirmier ; Mme Lagier, infirmière. — Mention honorable : M. Hugon, interne en pharmacie ; M. Reyneix, infirmier, Mme Peygère, en religion sœur Saint-Edwige, Mme Capotosto et Mme veuve Wormant, née Chovet, infirmières.

Nomination de professeurs adjoints. — Par décret en date du 18 novembre 1901, M. Brunotte, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de matière médicale à l'école supérieure de pharmacie de l'université de Nancy. M. Parmentier, docteur ès sciences, chargé de cours de botanique, est nommé professeur adjoint à la faculté des sciences de Besançon.

Congrès de sourds-muets. — Les sourds-muets de Belgique viennent de se réunir à Bruxelles en un Congrès. L'inauguration en a été faite par le bourgmestre de Mot.

Concours de l'externat.— *Anatomie* : Nerf radial ; Tiers supérieur du fémur ; Rapports de l'œsophage. — *Pathologie* ; Ascite ; Technique et accidents de la chloroformisation ; Signes physiques de la tuberculose à la période chronique ; Erésypèle de la face.

Concours de l'internat en médecine. — *Avis*. La composition écrite du Concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le lundi 16 décembre, à midi, dans la Salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli). Seront seuls admis dans la salle les Candidats porteurs du Bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au Concours. Les Candidats, devant à leur entrée dans la salle recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

Syndicat des médecins de la Seine.—L'Assemblée générale du syndicat a eu lieu dimanche 24 novembre à deux heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté. D'intéressantes communications ont été faites par M. Bellencontre sur un service de remplacements médicaux ; par M. Vimont sur un projet d'assurance contre les risques professionnels, sur le fonctionnement du nouvel office syndical de recouvrements et de renseignements ; par M. Archambaud, sur le projet de loi de la santé publique. M. Jamin, ancien président, a été nommé président d'honneur par acclamation, et le bureau est ainsi constitué pour 1902 : M. Philippeau, président ; MM. Séailles et Rotillon, vice-présidents ; M. de Pradel, secrétaire général ; M. J. Noir, trésorier ; MM. Dorison et Levassort, secrétaires ; M. L. Gourichon, rédacteur en chef du Bulletin.

Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de Paris. — Par arrêté en date du 23 novembre, M. Mourier, directeur de l'assistance publique, a nommé M. le Dr de Frumerie, ancien externe des hôpitaux, chargé d'un cours pratique de massage dans les quatre écoles d'infirmières laïques. M. de Frumerie, qui fait ce cours depuis deux ans, gratuitement, est l'auteur de divers travaux très intéressants sur le massage, qui ont été analysés dans ce journal.

Médecin conseiller général. — « Les électeurs de Saint-Florent (Corse) ont élu M. le Dr Paul Feydel, conseiller général en remplacement de M. Antoine de Morati, décédé. »

Enseignement des maladies mentales. — Au document à consulter sur cette question que nous avons déjà cité, nous devons ajouter la thèse de M. Vaslet de Fontaubert intitulée : *Importance de l'enseignement de l'étude de la psychiatrie pour le praticien et pour l'expert*, Paris, 1899.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Duteillet, de Châteauneuf ; du Pr von Lubermeister, de Tubingen ; de M. le Dr Sutherland, de Londres.

Chronique des hôpitaux.

Mutations dans les hopitaux. — M. Ballet passe à l'Hôtel-Dieu ; MM. Darier, Morel-Lavallée et Dalché, à la Pitié ; M. Widal à Cochin ; M. Vaquez à Saint-Antoine ; MM. Klippel et Florand à Tenon ; MM. Lesage et Courtois-Suffit à la Maison municipale de santé ; M. de Beurmann à Saint-Louis ; M. Thibierge, à Broca ; M. Jacquet à La Rochefoucauld ; M. Lyon à Debrousse.

Hopital Saint-Louis. — Le Dr du Castel reprendra ses conférences cliniques le samedi 7 décembre et les continuera les samedis suivants. A 1 heure 1/2, consultation externe ; à 2 heures 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences.

Hospice de la Salpêtrière.— *Cours de clinique des maladies du système nerveux*. — M. le professeur Raymond, les vendredis et mardis à 10 heures. Programme d'enseignement supplémentaire : Séméiologie des maladies du système nerveux : M. le Docteur Sicard. Histologie normale et pathologie du système nerveux : M. le docteur Philippe. Psychologie clinique : M. le docteur Janet. Electrodiagnostic et électrothérapie : M. le docteur Huet. Examen du larynx : M. le docteur Cartaz. Examen des yeux : MM. les docteurs Dupuis-Dutemps et Kœnig. Examen des oreilles : M. le docteur Gellé. Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés ; conférences cliniques de psychiatrie médico-légale le mercredi et le vendredi de chaque semaine à 1 heure 1/2. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'Infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge. — Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un *certificat de stage médico-légal psychiatrique* est régulièrement délivré.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. Asile clinique. — M. le Pr Joffroy : cours de Clinique des maladies mentales à l'Amphithéâtre de l'Asile clinique, les vendredis et lundis à 12 heures 1/2.

Hopital de la Charité.— M. le Dr Maygrier commencera ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain), le jeudi 12 décembre 1901, à 10 heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 49. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 7 DÉCEMBRE 1901

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les formes anatomiques du Spina bifida ;

Par le Dr **André LAPOINTE**

(*Suite et fin*).

V. — SPINA BIFIDA A TUMEURS SOLIDES. — Dans les formes de spina bifida précédemment décrites, j'ai envisagé seulement les modifications apportées à la difformité primordiale par la transformation kystique de l'épendyme ou des méninges. Une des particularités les plus intéressantes dans l'anatomie du spina bifida, c'est l'apparition de tumeurs solides, associées ou non à la dilatation kystique. On prévoit aisément les modifications importantes qui en résulteront dans les caractères de la difformité.

Les néoplasmes du type conjonctif sont de beaucoup les plus fréquents. Je rappelle sans y insister les *Angiomes* cutanés et sous-cutanés, si souvent observés dans la paroi des spina bifida kystiques. Le *Lymphangiome* paraît, au contraire, exceptionnel et je n'ai pu trouver d'autres cas que celui qu'a publié Bergmann (1) : une petite myélocystocèle était entourée d'un lymphangiome caverneux et kystique. Les *lipomes* et *fibro-lipomes* forment un groupe des plus importants. Cette sorte de tumeur est capable de prendre un développement considérable, et on peut voir tous les intermédiaires entre un lipome du volume d'une noix ou d'une petite pomme, et des masses grosses comme une tête d'adulte et davantage. Récemment, Morestin (2) a enlevé à une femme de 28 ans une énorme masse qui tombait jusqu'à mi-cuisse ; au centre, un petit kyste gros comme un œuf, s'enfonçait dans le canal rachidien. Parmi ces tumeurs monstrueuses, un cas de Broca (3) détient le record : un homme de 43 ans portait une tumeur de 62 cent. de circonférence, qui descendait jusqu'aux talons en entraînant le corps en arrière. Ces masses graisseuses, parfois très vasculaires, ne se développent pas toujours en dehors du rachis. Elles pénètrent, en effet, assez fréquemment par la fente osseuse dans l'intérieur du canal vertébral : elles prennent contact avec la moelle qu'elles refoulent, entourent et compriment. Les connexions entre le tissu nerveux et celui de la tumeur peuvent être beaucoup plus intimes, et certaines observations de Recklinghausen, de de Ruyter, montrent une pénétration réciproque des deux tissus, sans démarcation nette de l'un à l'autre. La paroi du tube médullaire, ou celle du kyste épendymaire est ainsi envahie par le néoplasme mésodermique.

La tumeur n'est pas toujours uniquement constituée par de la graisse et du tissu fibreux. On a trouvé mélangé à la masse principale de la tumeur du tissu *Musculaire strié*, (Recklinghausen : obs. I ; Muscatello : obs. 23). Pilliet (1) a publié un cas fort curieux de cette espèce : la tumeur, pédiculée au centre du canal de l'épendyme largement ouvert, était formée par un mélange de tissu fibro-adipeux, de fibres musculaires striées disposées en faisceaux grêles et de nombreuses artérioles pelotonnées, formant par places de véritables petits ilôts d'angiome. Des faisceaux nerveux traversaient ce tissu. Des tumeurs mixtes intramédullaires du même genre existaient dans deux cas de Dufour (2).

Les néoplasmes surajoutés au spina bifida ont parfois un caractère tout différent. Ainsi Hildebrand a constaté, accolée à la paroi d'une myélocystocèle et faisant saillie dans l'intérieur du kyste, une masse encéphaloïde présentant les caractères des *Névrogliomes* (obs. 5). Dans un cas du même auteur (obs. 3.) la paroi dorsale du myélocyste présentait une couche épaisse de tissu névrogliomateux, immédiatement au contact de la couche conjonctive sous-cutanée et pénétrant dans son épaisseur. Les cas de ce dernier groupe ne sont pas très fréquents. Ils doivent être rapprochés des faits similaires observés dans l'encéphalocèle par Hildebrand lui-même, par Paul Berger (3), et plus récemment par Lissenkow (4). Muscatello, dans le même

(1) BERGMANN. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1884.
(2) MORESTIN. — *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1901, p. 195.
(3) BROCA, cité par Kirmisson. — *Traité des malad. chir. d'orig. congénitale*, p. 8.

(1) PILLIET. — *Spina bifida* dorsal dû à une tumeur pédiculée du canal de l'épendyme. *Soc. de Biol.*, 10 nov. 1888.
(2) DUFOUR. — Etude sur le spina bifida sacré. *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1897.
(3) PAUL BERGER. — Considérations sur l'origine, le mode de développement et le traitement de certaines encéphalocèles. *Rev. de Chir.*, 1890, p. 269.
(4) LISSENKOW. — Encéphalocèles et leur traitement. Moscou, 1896.

cas où la tumeur intrarachidienne renfermait des fibres striées, a constaté au centre de la masse conjonctive qui en formait le stroma, une *masse épithéliale cholestéatomateuse*. Sur la même pièce, existait une deuxième fissure intéressant la région dorsale : en ce point, siégeait dans le rachis une petite tumeur renfermant une masse pâteuse avec des poils : c'était un *kyste dermoïde*. Ce fait, unique dans son genre, rentre, au point de vue de sa genèse, dans la même famille que les tumeurs gliomateuses ; il y avait hyperplasie d'éléments dérivés du feuillet cutané.

Ainsi, on a constaté deux espèces de néoplasmes, les uns d'origine mésodermique, les autres d'origine ectodermique. Ils peuvent constituer par leur mélange de véritables tumeurs mixtes. Les caractères de ces tumeurs, en particulier leurs rapports avec le tissu de la moelle, ou la paroi des cavités kystiques, s'interprètent aisément si on veut bien se représenter leur origine. Il va sans dire qu'ils ne peuvent naître qu'aux dépens des éléments cellulaires, qui constituent les crêtes médullaires : la lame dorsale formée par la coalescence de ces replis en est comme la matrice. Aussi peut-on prévoir que l'absence complète des crêtes, qui caractérise le myélorachischisis, est incompatible avec la présence d'un néoplasme recouvrant la fissure osseuse. En fait, je ne connais pas une seule observation qui se rapporte à une myélo-méningocèle du type Recklinghausen, compliquée de tumeur solide. Tous les cas signalés précédemment rentrent dans les myélocystocèles ou les méningocèles. Les lipomes ou fibrolipomes sont dus à l'hyperplasie atypique et désordonnée des éléments mésodermiques embryonnaires interposés à l'ectoderme et au neuro-épithélium. Quant à la présence des fibres musculaires striées, doit-elle nous surprendre, puisque nous savons que normalement des muscles se constituent dans cette région ? Elle indique que les myotomes, qui accompagnent les sclérotomes dans leur évolution ventro-dorsale, ont ébauché leur pénétration dans l'épaisseur de la lame dorsale rétromédullaire. Les néoplasmes du type ectodermique, gliomes, névrogliomes, cholestéatomes ou dermoïdes, dérivent de la couche épithéliale qui ferme la cavité épendymaire. Nous savons que dans l'épaisseur de la plaque dorsale, les cellules neuro-épitheliales prolifèrent ordinairement très peu. Pour une raison qui nous échappe, comme nous échappe du reste le plus souvent le pourquoi des segmentations cellulaires d'ordre néoplasique, ces éléments déviés de leur évolution normale sont le siège d'une hyperplasie qui reproduit tantôt leur type d'origine, tantôt leur type différencié.

Née en pleine paroi épendymaire, la tumeur prend a suivant les cas des dispositions variables. Ici, elle constituera un épaississement pariétal diffus, là, une tumeur saillante ou pédiculée dans l'intérieur du canal de l'épendyme, ou à sa surface externe. Mais d'où vient cette pénétration du tissu médullaire par le lipome, par le rhabdomyome, signalée dans certaines observations ? Rappelons que, dans le spina bifida, les rapports du tube épendymaire, kystique ou non, avec les plans superficiels présentent deux dispositions différentes. Tantôt la méninge molle s'est constituée, et la paroi dorsale de la moelle a pu s'isoler de la couche mésodermique superficielle. Tantôt, au contraire, la lame mésodermique interposée aux deux feuillets épithéliaux n'a été le siège d'aucune différenciation : entre l'épithélium épendymaire et le mésoderme resté à l'état indifférent, il y a la même continuité qu'entre l'épiderme et le derme. On comprend aisément que, dans le premier cas, la moelle sera simplement refoulée, comprimée par la tumeur développée à côté d'elle, tandis que dans le second, il y aura mélange intime entre les éléments du néoplasme et ceux qui résultent de la prolifération des cellules épendymaires. Ainsi s'explique cette singulière tumeur pédiculée du canal de l'épendyme, dans laquelle Pilliet trouva, au centre d'un fibro-lipome, du muscle strié et des fibres nerveuses.

On sait qu'on a voulu faire jouer aux néoplasmes solides un rôle dans la production de la fissure vertébrale. Quoi de plus naturel, en effet, que de considérer la tumeur qui siège au niveau du spina bifida comme l'obstacle qui s'est opposé, mécaniquement, à la fermeture du canal vertébral ? C'est la même interprétation qu'a proposée le professeur Berger pour expliquer la genèse de certaines encéphalocèles.

Cette conception ne me paraît pas du tout d'accord avec l'idée qu'on doit se faire de la nature et de l'origine du spina bifida. Il n'est pas plus permis d'établir une relation de cause à effet entre la tumeur solide et la fissure osseuse que de considérer la fissure comme la conséquence de l'hydropisie, dans le cas de spina bifida kystique. Personne ne soutient plus aujourd'hui cette vieille théorie de Morgagni. En réalité, l'état néoplasique n'est qu'une manière d'être particulière du spina bifida, qui résulte d'une propriété spéciale des éléments cellulaires de la région difforme. Les cellules embryonnaires, qui n'obéissent pas aux lois de la segmentation et de la différenciation normales deviennent, dans certains cas, le siège d'une prolifération atypique, au lieu de rester dans leur état primordial. Faisons abstraction du néoplasme, le spina bifida n'en reste pas moins constitué, et si la région dorsale de l'embryon est le siège d'une tumeur, c'est parce qu'elle n'a pas suivi dans son évolution le type déterminé par l'hérédité : voilà le fait premier, auquel est subordonnée l'existence du néoplasme. Celui-ci n'a pas à faire obstacle à la fermeture de la paroi postérieure du rachis, puisque, primitivement, les éléments qui doivent la constituer sont frappés d'aplasie.

Nous dirons donc : à côté des formes de spina bifida où les éléments qui ne se sont pas transformés restent indéfiniment à leur état primitif, il y en a d'autres où ils deviennent le siège d'un processus néoplasique. Mais l'hyperplasie n'est qu'un élément surajouté, accidentel ; l'aplasie reste le phénomène fondamental.

VI. — Spina bifida occulta. — Dans un certain nombre de cas, l'ouverture dorsale du rachis, complètement recouvert de peau, ne livre passage ni à la moelle, ni à ses enveloppes. On dit alors qu'il y a *Spina bifida occulta*.

La continuité de la peau et l'absence de toute formation kystique intra ou périmédullaire, sortant par l'orifice osseux, tels sont les deux caractères essentiels de cette variété particulière de la difformité. Ils la distinguent à la fois du myélo-rachischisis, et de toutes les variétés kystiques précédemment étudiées. Le terme « spina bifida sans tumeur », que certains auteurs emploient, ne convient pas, au moins comme désignation générale ; le spina-bifida occulta se complique souvent en effet de la présence d'un néoplasme. Cette particularité existait précisément dans le cas célèbre qui a été le point de départ des travaux de Recklinghausen. Elle a été signalée depuis par d'autres auteurs. Ce qui caractérise le spina bifida occulta, c'est, je le répète,

l'absence de toute tuméfaction kystique extrarachidienne, d'origine épendymaire ou méningée.

Au point de vue clinique, il y a deux ordres de faits très différents. Tantôt, il n'y a pas l'ombre de troubles fonctionnels, tantôt au contraire, apparaissent des accidents nerveux d'importance variable. Ces cas-là surtout ont attiré l'attention, et si on s'en rapportait aux documents publiés depuis quinze ans sur le spina bifida occulta, on serait tenté d'admettre qu'il compromet presque toujours les fonctions médullaires. Cette conclusion n'est certainement pas permise : il n'est pas douteux qu'un grand nombre de spina bifida, sans saillie dorsale gênante, sans manifestation nerveuse appréciable, passent inaperçu ou ne sont pas publié. Aussi ne peut-on se faire une idée exacte de la fréquence relative du spina bifida occulta, pas plus qu'il n'est possible de dire dans quelle proportion existent les troubles nerveux périphériques signalés dans presque tous les cas relatés par les auteurs.

C'est pour la même raison que les examens anatomiques détaillés que nous possédons ont trait presque uniquement à des cas complexes dans lesquels la fissure vertébrale était accompagnée de formations capables de troubler la fonction médullaire. Les observations complètes sont du reste des plus rares. Sur une cinquantaine de faits que renferme la littérature, nous n'avons le plus souvent que des renseignements cliniques. Le protocole de l'autopsie n'existe, à ma connaissance, que dans les cas de Virchow (1) Recklinghausen (2), Brunner et Ribbert (3), Bohnstedt (4), Muscatello (5). Dans trois cas, dus à Jones (6), Maass (7) et Katzenstein (8), les seuls où on soit intervenu chirurgicalement, c'est l'opération qui a permis de constater la disposition des tissus au niveau de la fissure. Dans tous les cas publiés, le spina bifida occulta était accompagné de modifications extérieures très appréciables. Peut-il être absolument « latent » ? Y a-t-il des faits où rien n'attire l'œil et les doigts du côté de la fissure, dont la découverte serait alors l'effet du hasard ou d'une exploration vertébrale motivée par l'existence des troubles nerveux ? C'est possible, mais je n'en connais pas où l'attention n'ait été fixée par un aspect particulier de la région difforme. Ainsi, la peau ne présente pas la même coloration que dans les zones environnantes : elle est plus pigmentée ou bien rosée comme une cicatrice. Parfois complètement glabre, elle est souvent, au contraire, recouverte de poils extrêmement développés. Cette hypertrichose est capable de prendre au moment de la puberté des proportions tout à fait extraordinaires On dirait une queue ou une crinière, comme dans ce cas de Joachimstahl (9), où la touffe de poils recouvrant un spina bifida occulta dorsal ne mesurait pas moins de 27 cent. Cette hypertrichose ne reste pas toujours localisée autour de la fissure : on l'a vue s'étendre aux membres inférieurs. Qu'il s'y ajoute un double équin paralytique, l'individu ainsi transformé présente assurément un aspect des plus singuliers ; mais convenons qu'il faut une certaine puisance d'imagination pour y chercher, comme on l'a fait, l'origine de la légende des faunes à pieds de bouc. Dans quelques observations, la peau présentait, au centre de la touffe de poils, une dépression ombiliquée d'aspect cicatriciel. Au palper, on peut sentir la fissure des arcs. Mais elle est souvent masquée par la présence d'une tuméfaction sous-cutanée qui offre tous les caractères cliniques du lipome ou du fibro-lipome. Si l'orifice est peu étendu, il est alors très difficile à percevoir. Ainsi, sur une petite fille de deux ans que j'ai récemment observée, on sentait très mal la fissure intéressant l'arc de la troisième lombaire, que recouvrait une masse graisseuse pourtant peu saillante, de l'étendue d'une pièce de cinq francs environ. J'espérais que la radiographie me donnerait une épreuve intéressante, mais le rachis postérieur disparaissait complètement sous l'ombre des corps vertébraux.

Le tableau clinique du spina bifida occulta peut être réduit à ces simples constatations locales. Dans le cas précédent, l'enfant ne présentait pas d'autre difformité, et je n'ai pu constater aucun trouble de l'innervation, ni du côté des membres inférieurs, ni du côté des réservoirs. Cette intégrité fonctionnelle a évidemment pour corollaire l'intégrité anatomique des conducteurs et des centres. La plupart des observations publiées mentionnent au contraire l'existence des troubles de l'innervation motrice, sensitive ou trophique. Dans un cas de Muscatello (obs. 22), tout se réduisait, chez une petite fille de deux ans, à des troubles trophiques avec ulcération, apparus six mois avant, au niveau du gros orteil droit. Chez l'enfant de trois ans opérée par Maass, une paralysie spasmodique des deux membres inférieurs, avec lésions trophiques du pied gauche, s'était manifestée à partir de l'âge de trois mois. C'est là un point intéressant que cette apparition des accidents nerveux à une époque plus ou moins éloignée de la naissance. Mais l'aggravation tardive de troubles congénitaux est plus souvent signalée. Ainsi, le sujet observé par Recklinghausen, porteur d'un pied bot gauche, ne fut atteint qu'à seize ans d'anesthésie douloureuse du membre correspondant, et plus tard encore d'un mal perforant. Chez celui de Brunner, le pied bot varus avec atrophie de la jambe droite se compliqua, à l'âge de neuf ans, d'ulcération trophique de la plante. Le malade de Bohnstedt devint incontinent à quatorze ans, celui de Katzenstein à onze. Ce dernier eut en outre, quelques années plus tard, un mal plantaire gauche et des escharres aux deux régions ischiatiques. On voit par là qu'il y a lieu de réserver le pronostic du spina bifida occulta, quand on l'observe chez un jeune enfant.

Voyons maintenant l'enseignement tiré des autopsies et des opérations sur la disposition des parties profondes ; elles nous donneront une explication suffisante sur l'origine des accidents observés. On a constaté plusieurs fois que l'orifice osseux était fermé par une masse solide, pénétrant dans le rachis et comprimant la moelle, envahissant même le tissu nerveux, comme dans le cas de Recklinghausen. Je ne reviendrai pas ici sur la topographie et la structure de ces tumeurs : elles ont fait l'objet d'un chapitre spécial et n'appartiennent pas plus à la forme occulta qu'aux formes kystiques du spina bifida. Remarquons toute-

(1) Virchow. — *Zeitschrift f. Ethnologie*, Bd. 7, 1875.
(2) Reklinghausen.— *L. cit.*, obs. 1.
(3) Ribbert. — *Correspond. Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1893, p. 371.
(4) Bohnstedt. *Arch. f. patholog. Anatomie u. Physiol.* 1895. t. 140, p. 47.
(5) Muscatello. — *L. cit* , obs. 23.
(6) Jones. — *Brit. med. J.*. 1891, p. 173.
(7) Maass. — *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1897. p. 750.
(8) Katzenstein. — *Archiv. f. klinische Chirurgie*, 1901, t. 64, p. 601.
(9) Joachimstahl.— Ein weiterer Beitrag zür casuistik der spina bifida occulta mit localer hypertrichose. (*Archiv. f. patholog. Anat. und Physiol.*, t. 131. 1893, p. 493.

fois que la présence d'un néoplasme dans le rachis n'est pas incompatible, s'il est de petit volume, avec l'intégrité fonctionnelle de la moelle. Ainsi, dans ce cas si complexe de Muscatello (obs.23), où il y avait à la fois méningocèle dorsale et spina bifida occulta dorso-lombaire, le rachis renfermait un fibro-myo-lipome, un cholestéatome et un petit kyste dermoïde, sans que l'enfant de cinq mois, morte des suites de l'extirpation de la méningocèle, ait présenté avant l'opération le moindre accident nerveux. Mais il est probable que si l'enfant avait vécu, les troubles médullaires auraient apparu dans la suite.

Il ne s'agit pas toujours, à proprement parler, d'une véritable tumeur. Dans l'observation très intéressante de Ribbert, une lame fibreuse comblait l'intervalle des lames ; à travers elle s'engageait un cordon réunissant la tumeur sous-cutanée à la face dorsale de la moelle ; il était formé de tissu fibro-lipomateux mélangé à des fibres musculaires striées. De même Katzenstein, dans le cas qu'il a opéré, a trouvé une adhérence entre la face dorsale de la moelle et l'ombilic cutané, représentée par un tractus fibro-élastique renfermant un grand nombre de fibres musculaires. Ce tractus traversait le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, le fascia lumbo-dorsal et la membrane fibreuse qui fermait l'orifice rachidien, puis se fusionnait entièrement avec la dure-mère. L'extirpation de ce cordon fut suivi de la disparition de l'incontinence et de la cicatrisation des ulcères. Jones et Maass n'ont pas constaté ce tractus. Mais, dans le cas de Jones, la queue de cheval était comprimée par des tissus d'aspect cicatriciel formant une bande fibreuse transversale ; l'excision de cette bande fit cesser les troubles nerveux. Dans celui de Maass, la membrane qui fermait la fissure se déprimait entre ses bords et s'enfonçait légèrement dans l'intérieur du rachis. Maass se contenta d'inciser cette membrane, et cela suffit pour produire une amélioration manifeste. On peut penser que cette dépression de la membrane répondait à une adhérence de la moelle à sa face profonde. Un cas de Virchow peut être rapproché, au point de vue anatomique, de celui de Maass. La fissure vertébrale était simplement fermée par une membrane ; aucun tissu hétérologue ne siégeait dans l'intérieur du rachis.

Tels sont les seuls documents anatomiques utiles que nous possédions sur le spina bifida occulta. On voit qu'à côté des cas où le rachis renferme des tissus hétérologues, sous la forme tantôt d'une véritable tumeur, tantôt d'un cordon réunissant la moelle à la peau, il y en a où on trouve simplement signalée, la présence d'une membrane fibreuse oblitérant la fissure ; de ces cas les plus simples dérivent, comme nous allons le voir, les variétés les plus complexes. Au point de vue de son origine, deux interprétations sont applicables au spina bifida occulta. On peut le considérer comme le résultat de la transformation d'un spina bifida kystique, ou inversement comme une forme indépendante de tout état kystique antérieur.

La première conception a été développée par Recklinghausen. Frappé de trouver dans l'intérieur du rachis un néoplasme mésodermique qui comprimait et pénétrait la moelle, en même temps qu'il adhérait à la peau, le professeur de Strasbourg y voit l'effet « d'une transplantation » des tissus de la région dorsale. Cette transplantation s'explique, pense-t-il, de la manière suivante. Primitivement, existait un spina bifida kystique, une myélocystocèle. Elle s'est réduite et rétractée après évacuation du liquide. La pénétration du néoplasme dans l'intérieur du rachis serait la conséquence de cette rétraction, qui entraîna à sa suite les éléments du feuillet mésodermique. Il faut convenir que cette interprétation, reproduite partout depuis quinze ans, manque au moins de simplicité. Du reste, dans l'examen anatomique très détaillé joint à l'observation qui sert de base à cette théorie, rien n'est en faveur de l'existence d'une myélocystocèle antérieure. Est-il donc besoin d'invoquer la rétraction d'un kyste pour expliquer la présence dans le rachis, et jusque dans la moelle, d'un myo-fibro-lipome adhérent à la peau ? Assurément non. Ces tumeurs, nous l'avons vu précédemment, naissent dans l'épaisseur de la lame mésodermique étalée entre la paroi dorsale de l'épendyme et la peau. Or, tant qu'il n'y a pas dilatation kystique du contenu vertébral, cette lame n'est pas refoulée, elle reste au niveau de la fissure. Dans ces conditions, la présence dans le rachis d'une tumeur née dans l'intervalle des lames ne demande plus d'explication. En réalité, des formes les plus complexes jusqu'aux plus simples, le spina bifida occulta est susceptible d'une seule et même interprétation fondamentale. La fissure reste « occulta » parce que le spina bifida ne s'est jamais compliqué de dilatation kystique. Il représente, non déformé par l'hydropisie, la disposition qui caractérise la deuxième phase de l'évolution de la région dorsale de l'embryon.

Nous sommes ainsi amené à répéter encore une fois ce que nous avons dit à propos de la genèse des myéloméningocèles sans exstrophie de la moelle, des myélocystocèles et des méningocèles pures. Les crêtes médullaires ont accompli leur soudure, mais dans l'épaisseur de la lame dorsale, la différenciation manque ou reste incomplète. Fait-elle complètement défaut ? Alors, le tube épendymaire reste adhérent à la peau par l'intermédiaire d'une couche conjonctive, membrane d'occlusion, dans l'épaisseur de laquelle les méninges et la paroi dorsale du rachis ne se sont pas constituées. Cette adhérence persistante entre la moelle et les plans qui la recouvrent, voilà la clef des particularités signalées dans les observations ci-dessus résumées. Je rappelle que c'est elle qui déjà nous a permis de comprendre le mélange intime observé entre les éléments du néoplasme et ceux de la moelle. Elle nous explique l'apparition de cette dépression ombiliquée de la peau, qui s'observe pour la même raison dans certaines formes kystiques, aussi bien que cet enfoncement de la membrane d'occlusion constaté par Maass. Il y a traction lente et progressive, parce que la moelle fixée ne peut suivre le rachis dans son accroissement. Ainsi, sans doute, se constitua le cordon tendu de la moelle à la peau, dans les cas de Ribbert et Katzenstein. Suivant la remarque intéressante de ce dernier auteur, les troubles fonctionnels qui en résultent ne devront-ils pas s'aggraver pendant la période active de la croissance, puisque c'est à ce moment que l'influence de l'allongement se fera surtout sentir ? Si les troubles fonctionnels n'apparaissent pas, c'est que probablement l'adhérence entre la moelle et les plans superficiels n'existe plus. La méninge molle s'est formée, mais le spina bifida n'en reste pas moins constitué par un défaut de différenciation dans la couche superficielle de la lame mésodermique. Il y a interposition de tissu arachnoïdien entre la moelle et la membrane d'occlusion, et celle-ci tient la place de la dure-mère et de la paroi postérieure du rachis, ou de la paroi vertébrale

seulement si la dure-mère s'est constituée. Dans ce dernier cas, tous les plans dorsaux seraient représentés, sauf le squelette.

En résumé, il ne manque au spina bifida occulta que la transformation kystique pour constituer, suivant les cas, une myélo-méningocèle sans exstrophie, une myélo-cystocèle, ou une méningocèle pure. Il est à ces trois formes de spina bifida kystique ce que le myélo-rachischisis est à la myéloschiso-méningocèle.

VII. — Les causes du spina bifida. — L'origine du spina bifida devait rester aussi longtemps hypothétique que sa véritable nature. Les théories étiologiques successivement proposées manquaient nécessairement de base, puisqu'on ne savait pas dégager de la complexité des faits l'état primordial de la difformité. Nous pouvons considérer aujourd'hui le spina bifida comme le résultat de l'aplasie des crêtes médullaires. Voilà le fait fondamental, et les degrés variables de cette aplasie constituent les deux grands types primitifs. Dans le premier, les crêtes ne se sont pas soudées, la nappe médullaire reste étalée, l'épendyme est ouvert. Dans le second, au contraire, la soudure s'est accomplie.

Le premier type est le myélo rachischisis, qu'on pourrait appeler « spina bifida aperta », puisqu'on désigne le second sous le nom de « spina bifida occulta ». Dans la forme « occulta », l'aplasie n'a pas toujours la même importance. Dans l'épaisseur de la lame dorsale qui sépare la cavité épendymaire de la cavité amniotique doivent se constituer, entre le neuro-épithélium et la peau, la méninge molle, la dure-mère, la paroi vertébrale et les muscles. Deux dispositions différentes, importantes à distinguer, seront réalisées suivant que l'aplasie intéressera ou non les éléments formateurs de la méninge molle, en même temps que la dure-mère et la paroi vertébrale. Là, la moelle restera soudée à la membrane d'occlusion, ici, au contraire, elle sera séparée d'elle par une couche interposée de tissu arachnoïdien. Dans un cas, nous trouverons, de la cavité épendymaire à la cavité amniotique, le neuro-épithélium, la lame mésodermique, pénétrée ou non par les éléments dérivés des myotomes, et la peau ; dans l'autre, une couche supplémentaire, la méninge molle, entre l'épendyme et la membrane d'occlusion. Peut-être même un plan dural différencié apparaît-il parfois entre la méninge molle et la membrane d'occlusion, ainsi réduite à sa plus simple expression.

Ce sont là, déterminées à la lumière de l'embryologie, les formes primordiales dont dérivent toutes les variétés connues. Elles représentent, persistant à l'état définitif, des types passagers de l'évolution ontogénique, et indiquent qu'il y a eu trouble dans la succession normale des phénomènes de la segmentation. Des transformations secondaires et contingentes modifient ces formes primordiales : c'est l'hyperplasie, qui produit les néoplasmes, et l'hydropisie, qui crée des formes kystiques variables. Mais ce sont là simples épiphénomènes. Telle est, logiquement déduite de l'interprétation des faits, la conception qu'il faut se faire du spina bifida. Il n'était pas inutile de la résumer, avant d'aborder le problème étiologique. Nous voyons ainsi que, dans la recherche de sa solution, il faut avoir grand soin de distinguer l'aplasie fondamentale et les transformations secondaires, représentées par l'état néoplasique et l'état kystique.

Nous sommes tout à fait impuissants à déterminer le pourquoi de l'état néoplasique. La cause de l'hyperplasie qui frappe dans certains cas les éléments cellulaires déviés de leur évolution normale, nous échappe absolument, et nous devons nous contenter de voir ici une vérification d'un fait bien connu dans l'histoire des néoplasmes : leur fréquence dans les régions où persistent des formations de la période embryonnaire. Quant à la transformation kystique, elle est évidemment le résultat du soulèvement et de la distension de l'aire médullo-vasculaire ou de la lame dorsale par l'accumulation de liquide dans les méninges ou dans le canal épendymaire. Mais d'où vient ce liquide en excès, quelle est l'origine de cette hypersécrétion ? Deux hypothèses sont possibles : ou bien, c'est le spina bifida qui entraîne l'hypersécrétion, ou bien au contraire il y a simple coïncidence de deux phénomènes qui n'ont entre eux aucun rapport de cause à effet. On sait combien sont fréquentes les manifestations de l'hydrocéphalie chez les enfants atteints de spina bifida ou de crânium bifidum : c'est là une complication bien connue et redoutée de tous les chirurgiens instruits par l'expérience. Il n'est pas douteux que l'excès de liquide céphalo-rachidien capable de produire du côté de l'encéphale et du crâne les troubles anatomiques et fonctionnels souvent irréparables de l'hydrocéphalie, ne joue un rôle mécanique important dans le refoulement et la distension des tissus au niveau de la fissure. Suivant la très juste remarque d'A. Broca (1), l'hydrorachis est sinon la seule cause, du moins une des principales causes en raison desquelles certaines fentes rachidiennes s'accompagnent d'une tuméfaction kystique au lieu de rester à l'état latent. Qu'on ne s'y trompe pas, nous ne voulons pas établir par là que l'excès de liquide céphalo-rachidien est la cause du spina bifida, c'est-à-dire qu'il s'oppose à l'évolution des crêtes médullaires. Le liquide céphalo-rachidien ne peut apparaître avant le sang dont la formation est de beaucoup postérieure à la différenciation de la lame dorsale. L'hydropisie du névraxe est seulement la cause de la production et de l'accroissement d'un kyste, au niveau du point faible qui constitue comme une sorte de fontanelle rachidienne.

La poche du spina bifida devient ainsi un véritable trop-plein qui protège, dans une certaine mesure, l'encéphale. Comme l'a écrit Bellanger (2), il s'établit une sorte de balancement entre le spina bifida kystique et les ventricules encéphaliques. Les symptômes de l'hydrocéphalie peuvent ainsi faire complètement défaut tant que la poche suffit à remplir son rôle de trop-plein. Mais vienne à disparaître le déversoir rachidien du liquide en excès, l'encéphale et les fontanelles crâniennes vont subir les conséquences de la tension trop élevée. C'est ainsi qu'on pourra dire, avec une apparence d'exactitude : l'extirpation de la poche peut provoquer l'hydrocéphalie. Elle n'est en réalité que l'occasion qui lui permet de se manifester. Elle crée des conditions hydrostatiques nouvelles au liquide en excès, mais elle ne crée pas l'hypersécrétion.

Remarquons, en outre, que la production exagérée de liquide céphalo-rachidien n'est parfois qu'un événement temporaire. Ainsi, la guérison de l'hydrocéphalie, qu'elle soit spontanée, ou qu'elle succède à l'évacuation du liquide en excès, prouve que l'hypertension du li-

(1) Broca. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1901, t. XXVII, p. 333.

(2) Bellanger. — Le traitement du spina bifida, *Th. de Paris*, 1891.

quide peut disparaître à un moment donné. Elle n'aura pas moins suffi à produire la transformation kystique d'un spina-bifida. Mais on comprend que, dans ces conditions, tout danger d'hydrocéphalie consécutive à l'extirpation de la poche a pris fin puisque le liquide a perdu sa tension exagérée. Ces remarques ont une importance au point de vue de la thérapeutique. Elles nous montrent en effet que le chirurgien, désireux de s'épargner les regrets de transformer en hydrocéphale l'enfant qu'il se propose d'opérer, devra extirper, parmi les poches communicantes, celles-là seulement qui sont peu tendues et n'augmentent pas de volume : la faible tension et l'état stationnaire de la poche indiquent que l'hypersécrétion a cessé. Inversement, il devra se garder de toucher aux cas où il constate la tension progressive du liquide : l'hydrocéphalie suivrait à bref délai la cure radicale de la fissure.

Quant aux relations qui existent entre l'excès de liquide céphalo-rachidien et le spina bifida, il ne faut y voir que la simple coïncidence de deux anomalies, l'une d'ordre physiologique, l'autre d'ordre anatomique. Il serait sans doute inexact de chercher dans l'association de l'hydrocéphalorachis congénital et du spina bifida la seule raison de la formation et de l'accroissement de la poche. Recklinghausen accuse des causes locales, telles que l'inflammation et les modifications qu'apporterait à la circulation la présence de la difformité. L'irritation inflammatoire provoquerait une hydro-méningite chronique localisée, en particulier dans la myéloschiso-méningocèle où l'aire médullo-vasculaire baigne sans protection dans le liquide amniotique. De même on peut admettre que l'absence de l'étui dural au niveau du spina bifida, augmente à chaque systole la tension vasculaire et entraîne des transsudations anormales. Ainsi la congestion locale créerait l'hypersécrétion, cause du kyste et de son accroissement. Par ce mécanisme, pourraient se produire non seulement les différents types de méningocèle, mais aussi la myélocystocèle. Pour cette espèce particulière, Recklinghausen fait jouer un rôle important au défaut de proportion dans le développement simultané de la moelle et du rachis. L'aplasie vertébrale qui a produit la fissure se traduirait en outre par un arrêt d'accroissement en longueur, tandis que la moelle fermée continuerait à s'allonger. Trop long, le tube épendymaire se coude, forme une anse, réalisant ainsi une disposition très favorable à la dilatation sacciforme, aux troubles circulatoires congestifs et aux transsudations séreuses. Peut-être doit-on comprendre en effet de cette façon la transformation en myélocystocèles de certains spina bifida. Il est exact que les rachis fissurés présentent souvent d'autres difformités, telles qu'incurvations anormales et diminution du nombre des vertèbres. Mais cela n'a rien de spécial à la myélocystocèle, et, comme l'a déjà remarqué Muscatello, il y a des cas indiscutables de myélocystocèle, sans aucune autre anomalie rachidienne que la fissure. On peut du reste soutenir avec autant de vraisemblance l'hypothèse inverse de celle de Recklinghausen, et considérer le défaut d'accroissement en longueur et les incurvations anormales du rachis comme la conséquence du spina bifida. Ces anomalies résulteraient du défaut de séparation entre la lame dorsale et le tube épendymaire, disposition caractéristique, comme nous l'avons vu, de plusieurs types de la difformité.

La recherche des causes devient surtout embarrassante quand on veut préciser le pourquoi de la difformité première. Quelle est la raison d'être de l'aplasie dont chaque degré, combiné ou non à l'hydropisie, constitue les différents types connus de spina bifida? On a invoqué, comme toujours, une série d'influences mécaniques. Cruveilhier accuse les adhérences amniotiques, Dareste, la compression par le capuchon caudal de l'amnios, Lebedeff (1), une incurvation cyphotique, et Marchand (2), une incurvation lordotique par traction exagérée du cordon ombilical. C'est là une tendance, pour ainsi dire instinctive de l'esprit, que de chercher en dehors de l'embryon une cause objective et palpable capable d'expliquer les anomalies congénitales. Toutes les tentatives de ce genre me paraissent stériles, quand il s'agit du spina bifida. En réalité, cette difformité est la manifestation d'une insuffisance de l'activité formatrice de certaines cellules de la vésicule blastodermique, dont témoignent en même temps les autres anomalies qui lui sont si souvent associées. Parfois restreinte à la région dorsale de l'embryon, l'aplasie apparaît souvent aussi à la région ventrale, sous forme d'omphalocèle. Il est même permis de localiser au feuillet moyen, d'apparition tardive par rapport aux deux autres, l'arrêt d'évolution des crêtes médullaires, dès l'origine, ou seulement après leur soudure en lame dorsale. L'aplasie de l'ectoderme et des cellules neuro-épithéliales qui en viennent serait ainsi la conséquence de l'insuffisance d'évolution des éléments embryonnaires dérivés des formations mésodermiques protovertébrales connues sous le nom de sclérotomes. Cette aplasie du mésoderme ne se retrouve-t-elle pas dans l'omphalocèle, dans l'exstrophie vésicale, qui compliquent fréquemment le spina bifida, et dans cette anomalie complexe sur laquelle Recklinghausen a insisté, l'exstrophie vésico-intestinale (Bauchblasendarmspalte)?

Quant à la cause première des segmentations insuffisantes ou atypiques qui aboutissent à la dégénérescence du type spécifique héréditaire, c'est dans une tare des cellules génératrices qu'il faut avant tout la chercher.

PÉDIATRIE

Syphilis infantile

Hygiène et thérapeutique ;

Par le Dr H. de **ROTHSCHILD**

La mortalité infantite qui, dans ces dernières années, attire, à si juste titre, l'attention de l'hygiéniste et du législateur, comporte quatre causes principales, contre lesquelles on peut, dans une certaine mesure, lutter efficacement. Ces causes sont : la gastro-entérite, la tuberculose, l'alcoolisme et la syphilis. On s'est beaucoup préoccupé, et tout dernièrement encore, des désastres que déterminent le gastro-entérite, la tuberculose et l'alcoolisme ; on a peut-être un peu négligé, comme l'a justement fait remarquer, à l'une des dernières séances de l'Académie de médecine (3), M. le professeur A. Fournier, le contingent de décès d'enfants en bas âge, pourtant considérable, que donne la syphilis. La prophylaxie de cette affection n'est certes pas des plus

(1) Lebedeff. — Ueber die Entstehung der Anencephalie und Spina bifida bei Vogeln und Menschen. *Arch. f. pathol. Anat. und. Physiol.* T. 86. p. 263.

(2) Marchand. — *Real Encyclopædie*. Art. : *Spina bifida*, 1889.

(3) *Bull. Acad. de méd.*, nº 23, séance du 11 juin 1901, p. 667.

aisées ; aussi doit-on savoir gré à M. le professeur A. Fournier d'avoir cherché, tout récemment, en groupant autour de lui les esprits les plus ouverts et les plus éclairés sur ces points si délicats de déontologie médicale et d'éducation morale, une voie nouvelle vers la prophylaxie de la syphilis.

Comme toute maladie transmissible et infectieuse, la syphilis devrait pouvoir être déclarée par le médecin traitant, de façon à prévenir, dans la mesure du possible, la contamination des sujets sains. Mais le secret professionnel s'y oppose, comme il s'oppose à ce qu'une famille soit informée de la maladie d'un étranger qu'elle cherche à s'allier. La science est véritablement désarmée quand on lui oppose de tels obstacles ! *L'éducation morale* (1), à laquelle souscriront les pères de famille, mais qui trouvera chez les mères l'opposition la plus formelle, donnera-t-elle les résultats heureux qu'on est en droit d'en attendre ?

Parmi les tares que l'enfant peut apporter en naissant, la syphilis est à la fois la plus grave et la moins contestée. De parents alcooliques, névropathes, tuberculeux ou cancéreux ne naîtront qu'exceptionnellement des enfants tarés ; en d'autres termes, des parents tarés peuvent engendrer des enfants sains. Mais comme l'ont démontré le professeur A. Fournier et la plupart des syphiligraphes modernes, tout est à redouter pour la descendance de parents syphilitiques. L'avortement, l'accouchement prématuré, le mort-né, les vices de conformation, la débilité congénitale et l'infection syphilitique, telles sont les manifestations de la tare qui nous préoccupe ; autant de facteurs qui rendent la natalité plus faible ou qui augmentent la mortalité infantile. Dans ces derniers temps, on s'est efforcé de démontrer que la cause principale de la mortalité infantile était la gastro-entérite, ou choléra infantile, occasionnée soit par une alimentation mal réglée, soit par une alimentation vicieuse (biberon, lait de mauvaise qualité, infecté ou frelaté). Mais on oublie quelque peu la syphilis et à tort, comme l'a justement fait remarquer le professeur Fournier à l'Académie de médecine (2). En effet, si l'on jette les yeux sur les statistiques spéciales, on voit, par exemple, que, dans sa clientèle privée (familles aristocratiques et bourgeoises), le professeur a relevé 48 décès pour cent enfants nés de parents syphilitiques. Pour les malades de l'hôpital Saint-Louis, une statistique rapportée par Barlerin (3) nous donne des chiffres encore plus effrayants. Ici, la mortalité est de 80 à 85 % (4). Ces chiffres portent sur un très grand nombre d'observations. On peut affirmer que si l'on n'eût pas eu à compter avec la tare syphilitique, 50 à 60 % de ces enfants eussent été conservés à la vie. Mais pour l'infection syphilitique, plus peut-être que pour toute autre infection, l'effet d'une thérapeutique préventive et curative est considérable. Malheureusement, la syphilis est une affection qui demeure longtemps ignorée et ne se manifeste souvent que lorsqu'il est trop tard pour agir utilement. La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, n'est grave, le plus souvent, que lorsqu'elle est ignorée. Le tertiarisme chez l'adulte n'est réellement redoutable que pour celui qui ne s'est jamais traité. Le nourrisson ne présente des stigmates ou des lésions hérédo-syphilitiques que si ses procréateurs n'ont pas été traités en temps opportun. L'enfant né de parents syphilitiques peut venir au monde et se développer sans jamais présenter aucun symptôme de la maladie, étant en quelque sorte immunisé contre elle. Mais le plus souvent la syphilis héréditaire se manifeste par des lésions variées. Le produit de conception de parents syphilitiques peut évoluer de deux façons différentes : 1° succomber dès les premiers mois de la gestation et être expulsé avant le troisième mois ; c'est l'avortement (hérédité paternelle ou mixte) ; 2° se développer normalement jusqu'au septième ou huitième mois, pour être expulsé avec ou sans lésions apparentes (accouchement prématuré). L'enfant peut être vivant ou mort-né (fœtus macéré, hydramnios, monstre, etc.).

L'état général de l'enfant né vivant dépend ordinairement de l'état général des parents, de l'âge de la syphilis chez le père ou chez la mère, du traitement que l'on a fait suivre aux procréateurs avant ou après la conception. Toutes les syphilis, en effet, n'évoluent pas de la même façon. Il semble que l'infection soit atténuée chez les uns, plus intense chez les autres. N'y a-t-il pas des syphilis malignes et des accidents tertiaires précoces ? Mais on soigne très efficacement la syphilis pendant la grossesse et l'on peut aussi soigner très efficacement les enfants qui présentent, après leur naissance, des accidents spécifiques même très graves.

L'hérédo-syphilis, dans la majorité des cas, est d'autant plus atténuée que le traitement des procréateurs a été plus rigoureusement observé, et l'on pourrait dire que seule la syphilis ignorée ou non avouée est dangereuse. La syphilis infantile congénitale (hérédo-syphilis de Fournier) peut revêtir deux formes, que l'on peut désigner de la façon suivante : forme latente sans lésions apparentes à la naissance, mais pouvant se manifester ultérieurement par des accidents éloignés tertiaires ; forme évoluante, ou syphilis congénitale généralisée d'emblée. Au point de vue de la thérapeutique infantile, cette dernière forme seule nous intéresse ici ; la première relevant, en effet, de la thérapeutique générale, car c'est aux procréateurs seuls que s'adresse le traitement anti-syphilitique, soit avant, soit après la conception (1).

La syphilis se manifeste chez le nourrisson par des symptômes multiples : 1° *lésions cutanées*, se présentant sous des aspects divers, tels que le pemphigus, éruption bulleuse ayant son siège le plus habituel à la paume des mains et à la plante des pieds et les syphilides multiples et polymorphes, érythémateuses, papuleuses, gommeuses et ulcéreuses ; 2° *altérations des divers appareils* : tube digestif, voie respiratoire, systèmes osseux et nerveux, organes des sens ; 3° *lésions muqueuses*, caractérisées par le coryza, les fissures aux lèvres, à l'anus, les ulcérations buccales, qu'accompagnent le plus souvent l'atrophie des testicules et l'hypertrophie du foie et de la rate. A ces lésions objectives s'ajoute un état général d'autant plus précaire que la naissance s'est produite plus prématurément. A quelques très rares exceptions près, l'hérédo-syphilitique est, en effet, un prématuré.

Les formes cliniques, les complications, la marche de l'infection syphilitique étant bien connues, nous n'étudierons ici que le traitement des lésions de l'hérédo-syphilis. Pour ce faire, il convient de se placer à deux points de vue différents : 1° traitement du « débile » qu'est le plus souvent l'hérédo-syphilitique ; 2° traitement direct de l'infection syphilitique (thérapeutique spécifique).

1° *Traitement de la débilité congénitale ou prématuration.* — La température moyenne du nouveau-né venu à terme et ne présentant aucun trouble est de 37,5°. Pour les prématurés nés de 8 à 6 semaines avant le terme, elle est de 36,81°.

Elle peut tomber à 34,33 et 32 degrés, soit spontanément, par suite de la lenteur avec laquelle s'accomplissent les échanges de toutes sortes entre les cellules, soit accidentellement, du fait du refroidissement de l'atmosphère ambiante. Mais l'organisme des prématurés a une capacité remarquable à supporter d'une façon prolongée la température subnormale. Wunderlich affirme qu'un adulte avec une température de 32 à 34 degrés ne peut vivre que quelques heures, alors qu'un prématuré peut vivre pendant des semaines avec une température encore inférieure à celle-ci. Mais il ne faut pas que la température s'abaisse au-dessous d'une certaine limite. Hahn (2), d'après

(1) *Ligue pour la prophylaxie de la syphilis*, Paris, 1901, n° 1.
(2) *Bull. Acad. de med.*, loc. cit.
(3) Barlerin : *Thèse de Paris*, 1901.
(4) Budin ; *Bull. Acad. de med.*, n° 23, 11 juin 1901.

(1) On pourrait ranger artificiellement dans un troisième groupe toutes les modalités de syphilis congénitale se révélant à l'examen par des stigmates, que ces derniers soient des reliquats de syphilis en nature ayant évolué pendant la vie fœtale, ou des produits de l'infection syphilitique des parents (Cf. E. Fournier, *Les stigmates ou dystrophies des hérédo-syphilitiques. Thèse de Paris*, 1898.)
(2) Hahn : *Thèse de Paris*, 1901.

des observations recueillies à la Clinique Baudelocque, estime que la température de viabilité minima est de 32° ; le professeur Budin, d'après un grand nombre d'observations recueillies, soit dans le service des débiles à la Maternité, soit à la Clinique Tarnier, affirme que la mortalité des prématurés, dont la température est tombée au-dessous de 34 degrés est d'environ 95 % (1). Mais il convient de faire une distinction au point de vue de la température du débile. En effet, le prématuré peut naître avec une température inférieure à 36°, mais ne tombant pas au dessous de 30°. Il peut, dans d'autres cas, présenter au moment de sa naissance une température très voisine de 36, mais susceptible de s'abaisser les heures suivantes à 35, 34, 32 degrés. Cette chute de la température après la naissance est d'un pronostic infiniment plus grave que l'hypothermie congénitale, même très prononcée. D'autre part, l'abaissement de la température est d'un pronostic d'autant plus grave que le poids de l'enfant est plus faible. Ainsi les statistiques du professeur Budin donnent une mortalité de 98 % pour les débiles pesant moins de 1.500 grammes et n'ayant que 32 degrés de température ; de 97,5 % pour ceux pesant de 1.500 à 2.000 grammes, et de 75 % pour ceux ayant un poids supérieur à 2.000. Quant à l'hypothermie congénitale, elle est plutôt l'exception. Le prématuré se refroidit très rapidement, et si, par suite d'une inadvertance ou d'une imprudence, la température s'abaisse d'un ou deux degrés, il est très difficile de la relever.

L'hérédo-syphilitique étant généralement un prématuré (35 % des prématurés étant des syphilitiques), on doit, au moment de la naissance, éviter ou combattre, suivant le cas, l'abaissement de la température. Il convient de donner au nouveau-né, le plus rapidement possible après la section du cordon, un bain chaud de 36 ou 37 degrés et de l'y maintenir 4 à 5 minutes. Aussitôt après, il sera placé dans de l'ouate ordinaire cardée non hydrophile, puis placé dans une couveuse dont la température sera maintenue avec le plus grand soin à 32 ou 33 degrés. On veillera à ce que la couveuse soit placée dans une chambre bien aérée et chauffée à 18 ou 20 degrés, de façon à éviter le refroidissement quand on sortira le nourrisson de la couveuse, soit pour lui donner à téter, soit pour le baigner ou le changer. Si la température est inférieure à 36 et si elle tend à rester au-dessous de la normale, il convient de renouveler les bains chauds plusieurs fois dans les 24 heures ; l'addition d'un peu de farine de moutarde à l'eau du bain (bains sinapisés), donne souvent de très bons résultats et favorise la circulation périphérique. Si le nourrisson ne présente pas de lésions syphilitiques de la peau (syphilides ulcéreuses ou érythémateuses), on peut encore avoir recours aux frictions alcooliques, avec de l'eau de lavande, de l'eau de Cologne, etc., en ayant soin de ne pas laisser l'alcoolature s'évaporer trop lentement. Le professeur Budin recommande également de légers massages pratiqués avec de l'huile chaude ou avec de l'eau de Cologne, dans une chambre bien chauffée ou même devant le feu.

Alimentation. — La question de l'alimentation est assurément une de celles qui préoccupent le plus le médecin. Elle est évidemment la plus embarrassante, car le lait de femme convient à l'hérédo-syphilitique plus qu'à tout autre nourrisson. Quand l'enfant peut être nourri par la mère, les difficultés sont moindres, bien qu'il faille, dans certains cas, (hérédo-syphilitiques débiles et prématurés) avoir recours à l'alimentation forcée, c'est-à-dire au gavage. Si la mère ne peut nourrir que partiellement, on est obligé d'avoir recours à l'allaitement artificiel. Certains auteurs ont proposé de donner à l'hérédo-syphilitique une nourrice syphilitique. Mais le diagnostic est souvent difficile à établir pour le nourrisson qui peut, comme nous l'avons dit plus haut, ne présenter aucune lésion syphilitique au moment de la naissance. La syphilis peut dans certains cas n'être que soupçonnée. Il ne saurait être question dans ce cas de confier le nourrisson à une femme atteinte de syphilis avérée. Dans aucun cas, a dit le professeur Fournier, le médecin ne doit autoriser l'allaitement par une nourrice saine. Dans certains services hospitaliers ou dans les familles où une surveillance des plus attentives peut être exercée, il est possible d'utiliser le lait d'une femme extrait artificiellement à l'aide d'une téterelle, et administré au biberon. Mais dans la majorité des cas, c'est à l'allaitement artificiel proprement dit qu'il faut avoir recours. De quel lait doit-on faire usage ? Telle était la question qu'on se posait il y a quelques années encore et à laquelle les praticiens répondaient diversement suivant les résultats qu'ils avaient eux-mêmes enregistrés. Depuis bientôt dix ans, le professeur Budin fait usage, tant dans sa clientèle hospitalière que dans sa clientèle privée, de lait de vache stérilisé, pour alimenter artificiellement les nourrissons privés, pour une cause quelconque, soit partiellement, soit complètement, du lait de la mère ou de celui d'une nourrice (1).

Quand le nourrisson syphilitique ne présente qu'une affection atténuée, ou, comme nous l'avons dit plus haut, éteinte, les résultats obtenus avec le lait stérilisé sont des plus favorables. L'enfant étant venu au monde à terme, ou très près du terme, avec un poids normal et un tube digestif bien développé, peut en quelque sorte être assimilé à un nourrisson sain. Il est à même de bien digérer le lait de vache stérilisé, pourvu qu'on le lui administre régulièrement et à des doses judicieusement déterminées. Mais dans la majorité des cas, le nourrisson syphilitique est né avant terme, ne pèse que 1.500 à 2.500 grammes et ne se trouve pas dans les mêmes conditions favorables que le nourrisson qui, né très près du terme, possède des organes plus développés et capables de fonctionner normalement. En effet, l'anatomie pathologique nous montre que la muqueuse gastro-intestinale et les glandes annexes du tube digestif, pancréas et foie, sont en voie de formation, et, le plus souvent, incapables de digérer le lait que l'on fait absorber au nourrisson, qu'il s'agisse de lait de femme ou de lait de vache stérilisé. Dès 1887, le Professeur Budin s'était demandé s'il ne serait pas possible de combiner en proportions raisonnées les éléments d'une nourriture vraiment assimilable, et d'ajouter aux aliments tel produit capable de suppléer à une sécrétion glandulaire insuffisante (2). Sur ses indications, son chef de laboratoire et collaborateur, le Dr Ch. Michel, étudia la question de très près et finit par digérer artificiellement « *in vitro* » le lait de vache, à l'aide de macérations de pancréas de veau frais. Le Dr Ch. Michel est parvenu ainsi à modifier les matières albuminoïdes du lait de vache et à les transformer en albumoses et en peptones, que le nourrisson parvient à assimiler très facilement (3). Utilisés d'abord expérimentalement chez des jeunes animaux, les laits modifiés, ou *peptones de lait*, sont aujourd'hui d'un emploi courant à la Clinique Tarnier et bien des prématurés de la clientèle privée du professeur Budin s'en sont admirablement bien trouvés.

Quand il est impossible de se procurer du lait peptonisé, on peut y suppléer dans une certaine mesure, en administrant au nourrisson, avant ou après la tétée, une cuillerée d'élixir de pepsine et de pancréatine additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Soit : pepsine en paillette 1 gr., pancréatine, 1 gr., alcool, 5 gr., acide chlorhydrique, X gouttes, eau dist. 100 : une cuillerée à café avant chaque tétée (4). Malgré les perfectionnements apportés aux méthodes d'allaitement des nourrissons syphilitiques, les insuccès sont encore fréquents, bien que considérablement diminués. Le tube digestif à l'état normal, chez le nouveau né sain et né à terme, est si fragile, si sujet à l'infection du fait des innombrables micro-organismes qui l'habitent, qu'on comprend aisément que les dangers sont infiniment plus grands pour le prématuré dont l'organisme tout entier est déjà frappé par une infection congénitale.

III. *Thérapeutique.* — La médication qui convient au nourrisson syphilitique est la médication spécifique de la syphi-

(1) Budin (P.) : *Le Nourrisson*. Paris, 1900, in 8°.

(1) Budin : *Femmes en couches et nouveau-nés*. Paris, 1897, 8°.

(2) Budin : *Leçons de clinique obstétricale*, leçon du 17 déc. 1887.

(3) Budin et Michel : Recherches sur l'alimentation des enfant débiles, *Obstétrique*, II. Paris, 1897 ; 97. 211.

(4) H. de Rothschild : *Allaitement mixte et allaitement artificiel*. Paris, 1898, 8°.

lis, le mercure. Il peut être administré de différentes façons. Quelle que soit la forme sous laquelle on l'emploie, il est admirablement bien toléré par les nourrissons de tout âge, et il ne faut pas avoir peur des doses fortes qui n'exposent pas, comme chez l'adulte, à la salivation et à la cachexie mercurielle (1). Autrefois, on pensait pouvoir guérir la syphilis du nouveau-né en mercurialisant les nourrices ou les chèvres qui devaient donner leur lait aux enfants. Cette méthode *galactothérapique* est insuffisante et inutile. Il convient de mercurialiser l'enfant directement. On peut faire absorber le médicament soit par le tube digestif, soit par la peau.

1° Par la voie digestive, on administrera le mercure sous la forme de liqueur de Van Swieten (2) que l'on donnera à la dose de 20 à 30 gouttes par jour (0 g. 0025 à 0 gr. 005 par jour) pendant le premier mois et de 40 à 100 gouttes (5 à 6 millig. par jour) les 2e, 3e et 4e mois. Le lait sera le véhicule du médicament. Le protoïodure de mercure, à la dose de 1 centigramme par jour, peut être substitué au sublimé corrosif (3).

2° La voie cutanée est la plus sûre et la plus prompte. On prescrira une friction quotidienne de cinq minutes, avec un ou deux grammes (au plus) d'onguent napolitain (4). Il convient de changer chaque jour la place de la friction, pour éviter l'irritation des téguments. Ainsi les frictions auront lieu alternativement sur le thorax, le ventre, la face interne des cuisses sous le bras, sur les mollets, etc. On aura soin de bien laver la peau avant la friction, avec de l'eau chaude et du savon. On aura soin, une fois la friction terminée, de recouvrir avec de l'ouate hydrophile la surface cutanée, sans l'avoir essuyée. Pour faciliter le bon fonctionnement de la peau, et par suite l'absorption rapide du médicament, on donnera tous les deux jours un bain chaud et savonneux.

Un des modes de traitement les plus usités dans ces derniers temps est le bain de sublimé (Budin), administré une ou deux fois par jour, pendant une période plus ou moins longue, suivant la gravité de l'infection. Ces bains doivent être donnés dans des baignoires en bois ou émaillées ; ou les préparera en ajoutant à l'eau d'un bain simple, 1, 2, ou 3 grammes de sublimé, dissout dans l'alcool, de façon à former une solution à 1 pour 5.000, 1 pour 2000 ou 1 pour 1.000.

On pourra également employer des paquets préparés à cet usage, composés de sublimé et d'acétate d'ammoniaque à parties égales avec quelques centigrammes de substance colorante (bleu de méthylène ou carmin). Les bains de sublimé n'ont de contre-indication que lorsqu'il existe des surfaces ulcérées trop étendues. Les bains ont le double avantage de permettre à la peau d'absorber une quantité variable de mercure et d'aseptiser la peau, ainsi que les surfaces ulcérées.

Le traitement local des ulcérations spécifiques consistera en lavages antiseptiques, pansements antiseptiques avec poudre d'iodoforme, poudre d'oxyde de zinc ou poudre de talc, et en cautérisations au nitrate d'argent.

En plus du traitement spécifique proprement dit, il conviendra de soumettre les petits malades à une hygiène appropriée : grand air, séjour à la campagne ou au bord de la mer, hygiène du tube digestif, isolement systématique, afin d'éviter la transmission de l'affection à des nourrissons sains, ou la contagion possible des affections de la première enfance (prophylaxie des maladies contagieuses), car on ne devra jamais perdre de vue, que l'hérédo-syphilitique est un *locus minoris resistentiæ* et plus apte que tout autre à contracter les affections aiguës et les maladies transmissibles de la première enfance.

(1) Comby. — *Les médicaments chez les enfants*. Paris, 1900, p. 423.

(2) Liqueur de Van Swieten :

Sublimé corrosif..............	1 gramme.
Alcool à 80°..................	100 grammes.
Eau dist. Q. S. pour.........	1.000 grammes.

(3) D'Espine et Picot. — *Traité pratique des maladies de l'enfance*. (6e éd.), Paris, 1900, 8°.

(4) Onguent napolitain........ } Axonge benzoïne........ } àà parties égales. Mercure.................. }

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance des Epileptiques

Nous avons depuis longtemps l'habitude de consigner dans les *Varia* des *Archives de neurologie* les faits que nous recueillons dans les journaux politiques concernant les *épileptiques*. Et, en nous appuyant sur ces faits, nous essayons de montrer la nécessité de l'hospitalisation de ces malades, dont la situation est digne d'intérêt et de pitié. En voici quelques-uns récents, qui s'ajoutent aux anciens et justifient surabondamment notre opinion.

Hier après-midi, écrit l'*Aurore* du 6 octobre, Mlle Marie Lisconet, 18 ans, fut prise rue du Commerce d'une *attaque d'épilepsie*. Elle tomba sur la chaussée juste au moment où arrivait un camion chargé de 2.000 kilogr. de tabac qui lui passa sur le corps. Transportée à l'hôpital Necker, elle y est morte en arrivant.

Le sieur Léon Gauthier, 43 ans, journalier à Cully, a été trouvé sans vie, *la face contre terre*, sur le bord d'un chemin, à Creully. Le malheureux avait succombé à une *attaque d'épilepsie* à laquelle il était sujet. (*Bonhomme Normand*).

A 8 h. 1/2 du soir, un chanteur ambulant du nom de Joseph Lespris, 27 ans, a été pris d'une *crise d'épilepsie* sur le boulevard de Bazeilles, au Mourillon. Un attroupement s'était formé autour de ce malheureux. (*Petit Var*, 5 octobre).

La dame Pauline Sarthou, 60 ans, à Lannecombe (Basses-Pyrénées), étant tombée prise d'épilepsie en donnant la pâture à ses porcs, ceux-ci lui ont dévoré la tête et une partie du ventre. (*Bonhomme Normand*, 30 août-5 septembre.)

Comment doit-on entendre l'assistance à ce groupe de malades ? Parlant d'eux dans un *Rapport* sur le service des aliénés en 1878, au Conseil général de la Seine, nous nous exprimions ainsi :

« Nombre d'entre eux présentent des améliorations assez notables, des suspensions assez longues de leurs accès, qui permettraient de les rendre à leurs familles. Mais celles-ci hésitent souvent à les reprendre et le médecin à les leur rendre, par suite des difficultés nombreuses exigées ensuite pour leur *réadmission*. Une fois sortis, s'ils retombent, si les crises deviennent plus fréquentes, il faut recommencer les démarches déjà faites lors du premier placement : certificat de médecin, visa du commissaire de police, séjour à la Préfecture de Police, passage à Sainte-Anne, enfin transfert à Bicêtre pour les hommes, à la Salpêtrière pour les femmes. Votre commission est d'avis d'appeler, sur cette situation intéressante, toute la sollicitude de l'administration, en l'invitant à examiner si, pour les malades incontestablement épileptiques et qui ont séjourné à ce titre dans nos asiles, il ne serait pas possible de diminuer les formalités et de les faire réadmettre directement dans les sections spéciales de Bicêtre et de la Salpêtrière. Nos finances y gagneraient, en ce sens que les médecins hésiteraient moins à renvoyer les malades améliorés, s'ils savaient que, en cas de recrudescence de la maladie, ils trouveront les portes largement ouvertes pour rentrer. Une étude attentive de ces malades nous autorise à penser qu'un nombre respectable d'entre eux pourraient passer plusieurs mois dehors chaque année, ce qui serait utile à leur santé et diminuerait nos dépenses.

« Nous vous prions, Messieurs, d'inviter encore une fois l'administration à examiner cette question et à en préparer la solution. »

Notre opinion est restée la même. Nous pensons qu'en raison du triste spectacle donné par les épilep-

tiques en accès, sur la voie publique, spectacle qui n'est pas sans inconvénient pour les enfants et les femmes enceintes qui en sont témoin ; — de la difficulté, sinon l'impossibilité, pour eux, de trouver un travail suivi, leurs accès les faisant renvoyer des ateliers où ils ont pu trouver momentanément de l'occupation, il est indispensable de les hospitaliser. Cette hospitalisation ne doit pas être absolue et nous continuons à penser qu'en cas de rémission, surtout s'ils ont des parents pouvant les recevoir, il faut les leur rendre, en atténuant les charges par un *secours à domicile*. Ils devraient avoir facilement, sans perte de temps, sans démarches inutiles, sans difficulté, les médicaments, les bains et les douches jugés nécessaires, soit dans les hôpitaux, soit dans les maisons de secours. La réadmission, en cas de rechute, devrait se faire *directement* dans les quartiers d'épileptiques par *placement volontaire*.

En combinant ces deux modes d'assistance, *hospitalisation*, *assistance dans la famille* avec secours en argent, délivrance des médicaments, on diminuerait l'encombrement des asiles, on maintiendrait les liens familiaux on diminuerait les charges des contribuables et il serait possible d'assister un plus grand nombre de malheureux. BOURNEVILLE.

La revaccination dans les lycées.

Dans sa dernière séance, la commission administrative de l'Académie de Paris a décidé qu'il y avait lieu d'ouvrir dans les lycées de Paris une instruction sur la question de la revaccination. L'enquête doit porter sur les points suivants :

La revaccination a-t-elle été faite cette année ? Dans l'affirmative, combien d'élèves se sont fait inscrire ? Dans la négative, à quelle date aura-t-elle lieu pour être faite avant le 1er décembre, et quel est le nombre probable des enfants qui se présenteront ? La génisse a-t-elle été amenée au lycée pour que le vaccin soit pris directement sur elle, ainsi que le recommande M. le docteur Troisier, ou a-t-il été fait usage du vaccin de tubes ? Quelle a été la dépense ? Est-elle intégralement supportée par le lycée, ou les familles sont-elles invitées à verser une contribution, et laquelle ? Quel est le moyen employé pour aviser les familles de l'obligation de la revaccination ? Leur écrit-on directement, ou sont-elles prévenues seulement par l'intermédiaire de leurs enfants ? Est-il arrivé que des refus aient été opposés à une invitation formelle ?

M. Gréard, vice-recteur de l'Académie, vient d'informer de cette enquête, par circulaire, les proviseurs des Lycées ; il attire leur attention sur la question de la revaccination et les prie de répondre aux questions formulées avant le 25 novembre.

C'est avec raison que rappel est fait de la nécessité de la revaccination. Alors qu'il est possible, dans l'immense majorité des cas, de se préserver de la variole par une revaccination périodique, il est honteux d'avoir à enregistrer des décès par cette maladie. Nous avons réclamé bien des fois, dans ce journal, et pendant des années, la revaccination des malades convalescents, des infirmiers, des infirmières et des étudiants en médecine. Notre persistance a eu gain de cause, car M. Peyron a adressé aux directeurs des hôpitaux une circulaire afin d'exiger que leur personnel soit revacciné et l'obligation d'un certificat de revaccination est imposée, par le Ministre de l'instruction publique, aux étudiants en médecine. Aussi depuis plusieurs années est-il exceptionnel que nous ayons à enregistrer des décès pour variole, parmi les étudiants ou le personnel secondaire des hôpitaux. B.

La variole à Louviers.

Les journaux de l'Eure nous signalent l'apparition d'une *épidémie de variole* à Louviers.

La variole, écrit, entre autres le *Progrès de l'Eure*, a fait une nouvelle victime à l'hospice de Louviers. Mme Besnard, fille de M. Meslin, veilleur de nuit chez M. Breton, a succombé lundi au terrible mal ; elle était âgée de trente ans et travaillait comme tisseuse chez M. Poussin. Une autre ouvrière de la même usine, Mme Lefebvre vient d'être atteinte par la contagion et a été transportée à l'hospice. On signale deux autres cas : Mme Ibert, fille de M. Mercenne, *mort récemment de la variole*, et un enfant de treize à quatorze ans, le jeune Le Béchec, fils d'un employé du chemin de fer, sont tombés malades à leur tour. Un cas de variole s'est également produit à Pinterville. Le maire de cette commune a fait vacciner gratuitement les habitants.

Il n'est pas fait mention des mesures prises par la municipalité de Louviers. S'il est une maladie dont on peut se garantir, c'est assurément la *variole*. Nous connaissons le préservatif : *la vaccination*. Quelques conférences publiques sur la variole, le vaccin, la vaccination, par des médecins ; l'organisation rapide d'un service de revaccination par la municipalité et en quelques jours, l'épidémie serait enrayée. La désinfection des locaux occupés par les varioleux, de leur literie et de leurs vêtements compléterait les mesures qu'une municipalité soucieuse des intérêts de ses concitoyens doit prendre. B.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury de l'Internat est provisoirement composé de la façon suivante : MM. Œttinger, Lamy, Barié, Belin, Tuffier, Rochard, Ricard, Guéniot, Potocki, Brindeau. Seuls, MM. Barié, Belin, Ricard et Brindeau ont accepté.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Questions posées : *Anatomie*. — 29 novembre. Des côtes. — 30 novembre. Aorte abdominale. — 3 décembre. Vertèbres cervicales. — 4 décembre. Carotide externe. — *Pathologie*. — 29 novembre. Indication et manuel de la saignée. — 2 décembre. Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire. — 3 décembre. Insuffisance aortique.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de zoologie*. : Animaux articulés. — M. E.-L. BOUVIER, professeur, commencera ce Cours le lundi 9 décembre 1901, à dix heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Le Cours sera divisé en deux parties : 1° le lundi et le mercredi, dans la nouvelle galerie de zoologie, le professeur étudiera *la vie des abeilles*, 2° le vendredi, dans les Conférences faites au Laboratoire (rue de Buffon, n° 55), il passera en revue l'*Histoire* et la *Classification des Animaux articulés*.

L'ESPRIT DES AUTRES. — « Il faut avoir l'esprit très haut quand on est parti de très bas — socialement — pour se considérer, en toute situation, l'égal de quiconque, et s'imposer comme pairs aux malheureux qui, de naissance, se croient les maîtres du monde. Et comme cette hauteur d'esprit est une gêne précisément dans la grande poussée démocratique vers le pouvoir, il est trop fréquent de voir des ministres dans une attitude humiliée au regard de collègues étrangers à qui le prestige d'un potentat prête une auréole de théâtre. » (Clémenceau, *Le Bloc* du 21 avril 1901).

ENCORE LE BLANC DE CÉRUSE. — La commission d'hygiène publique a reçu, à la Chambre, une délégation du syndicat des ouvriers peintres de Paris et une délégation de la chambre syndicale des entrepreneurs de peinture. La commission a délégué son président pour inviter le ministre du commerce à hâter l'élaboration d'un règlement d'administration publique, en ce qui concerne le remplacement du blanc de céruse par un autre produit. (D'après le *Temps*.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 novembre 1901.

Sur la transformation de la glycérine en sucre par le tissu testiculaire.

M. G. Bertrand, rappelant ce fait démontré par M. Berthelot en 1857, que la glycérine en solution aqueuse donne naissance, au contact du tissu testiculaire de divers animaux, à un sucre analogue au glycose, a repris l'étude de cette question dans le but de déterminer si la dite transformation est imputable à la spermine, à une oxydase ou, enfin, à un agent microbien. C'est cette dernière hypothèse qui paraît légitime à l'auteur. En effet, sur 32 matras renfermant une solution glycérinée stérilisée par chauffage à 120° et ensemencés avec du tissu testiculaire, 25 ne contenaient, au bout de plusieurs mois, aucune trace de sucre ; or, de ces 25 matras, 23 étaient restés absolument stériles. Au contraire, des 7 dont le contenu avait acquis des propriétés réductrices à l'égard de la liqueur cupro-potassique, 6 donnèrent lieu, par ensemencement sur des milieux appropriés, à des colonies microbiennes. D'autre part, l'addition d'un peu de ce liquide à du bouillon de levûre glycériné suffit à y faire apparaître du sucre. Le sucre qui se forme dans ces conditions paraît à l'auteur être de la dioxyacétone. En ce qui concerne l'origine des microbes qui manifestent ainsi leur présence, ils ne proviennent ni de l'air, ni de l'eau ; en outre, les précautions minutieuses d'asepsie prises pour l'ablation des testicules ayant servi aux expériences permettent à l'auteur d'affirmer que certains de ces testicules au moins étaient normalement infectés.

Traitement de la surdité par des vibrations sonores.

M. Marage adresse une note relative à un traitement de la surdité, consistant à pratiquer, après détermination exacte du degré d'acuité auditive, un massage vibratoire en transmettant à l'oreille les vibrations fondamentales des voyelles, produites par une sirène, et cela, par l'intermédiaire d'une membrane qui n'introduit ni ne supprime aucun harmonique. L'auteur a obtenu de cette méthode les meilleurs résultats chez 37 malades atteints de surdité à la suite d'otites catarrhales, d'otorrhée ou d'otite scléreuse ; dans 4 cas même, l'oreille moyenne n'était pas seule en cause (surdité nerveuse, vertige de Ménière, surdi-mutité). Ce traitement ne serait jamais dangereux : il diminuerait les bourdonnements dès les premières séances, et paraîtrait même susceptible d'arrêter l'évolution de l'otite scléreuse.

L'augmentation des globules rouges du sang dans les ascensions en ballon.

M. J. Gaule a pu constater, au cours de deux ascensions en ballon, l'une à 3.300 mètres, l'autre à 4.200 mètres, que le nombre des hématies augmente d'une façon considérable, il l'a vu s'élever à 7.040.000, 7.480.000 (chez une femme), 8.880.000 par centimètre cube. Il s'agit là d'une néoformation globulaire, et non d'une modification dans le mélange des hématies et du plasma, ainsi qu'en témoignent la diminution concomitante de l'hémoglobine et la présence dans le sang d'éléments en segmentation. Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1901.

Les échanges respiratoires aux hautes altitudes.

M. Robin présente les conclusions des expériences de MM. Binet et Dupasquier faites dans l'ascension du 28 novembre. Dans ces expériences :

1° Le pouls s'est accéléré.

2° La fréquence de la respiration a augmenté proportionnellement avec l'altitude.

3° La capacité pulmonaire a diminué en raison inverse de l'altitude.

4° Les proportions centésimales des gaz ramenés à 0° et à 760 mm. ont baissé pour l'acide carbonique et augmenté pour l'oxygène, sans rapport direct avec l'altitude.

5° La ventilation pulmonaire a progressé irrégulièrement avec l'altitude.

6° Les échanges respiratoires se sont accrus, et plus particulièrement l'oxygène absorbé par les tissus.

7° Le quotient respiratoire a beaucoup baissé.

8° Ces diverses modifications n'ont pas cessé dès que l'expérimentateur est redescendu à terre.

Ces résultats sont différents de ceux de MM. Tissot et Hallion. M. Chauveau montre qu'il est encore difficile, en présence de la diversité des facteurs individuels, de tirer des conclusions générales.

Les localisations cérébrales (suite).

M. Laborde montre que la valeur des localisations n'est pas ébranlée par les faits signalés au cours de la discussion, que seule l'épilepsie jacksonienne doit être interprétée avec réserve comme signe de localisation.

M. Championnière montre que le désir d'avoir un diagnostic certain ne doit pas trop faire retarder l'intervention. Il insiste sur les exigences de la pratique chirurgicale.

Le malheur de la chirurgie cérébrale, même de la simple trépanation pour traumatisme, c'est qu'on intervient habituellement trop tard.

En voulant limiter la chirurgie cérébrale à la recherche des tumeurs, on en fait une chirurgie misérable, une chirurgie de hasard. S'il n'y avait que cela à faire ce ne serait pas la peine d'ouvrir le crâne et les méninges. Le rôle de la chirurgie cérébrale doit être et sera, dans l'avenir, tout autre.

La strychnine en thérapeutique.

M. Fernel insiste sur la valeur thérapeutique de la strychnine, médicament aujourd'hui trop délaissé.

Dans le traitement du delirium tremens, l'opium, le chloral, le sulfonal, ne valent pas la strychnine ; la thérapeutique rationnelle consiste dans l'isolement, l'alimentation, l'administration de la strychnine.

Dans la tuberculose, dans les formes adynamiques de la pneumonie, de la grippe, de la fièvre typhoïde, la strychnine donne aussi de bons résultats.

Elle peut être administrée, soit à l'intérieur, sous forme de sirop, soit en injections sous-cutanées, à la dose de 6 milligrammes.

Prophylaxie de la tuberculose.

M. Landouzy présente à l'Académie la carte de l'armement antituberculeux, qu'il a dressée avec M. Sersiron et qui contient l'indication des institutions destinées à lutter contre l'envahissement de la tuberculose.

Les germes de froment dans la tuberculose.

M. Barré, sur 35 tuberculeux prenant chaque jour trente grammes de farine de froment, a obtenu 34 °/o de guérisons apparentes, 54 °/o d'améliorations, sans adjonction d'autres médicaments.

Les opérations dans l'hypertrophie prostatique.

M. Guépin montre que les grandes opérations (castration, vasectomie, exérèse, prostatectomie) donnent peu de résultats satisfaisants.

La contracture post-hémiplégique.

M. Chipault lit, sur « La Pathogénie de la contracture post-hémiplégique », un important travail sur lequel M. Lucas-Championnière fera un rapport que nous analyserons en détail.

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1901. — Présidence de M. Reclus.

Corps étrangers du tube digestif.

M. Rochard présente un rapport au sujet d'une observation de M. Merlier, de Toulouse, concernant la présence de deux manches de cuiller avalés dans un moment de délire : le malade présentant une tuméfaction dans la fosse illiaque droite, l'intervention amena M. Merlier dans une cavité stercorale, où l'on trouva les deux manches ; il se produisit une fistule qui se ferma au bout de quelques jours.

M. Ledentu rapporte *in extenso* l'observation dont il a été question dans la dernière séance : il s'agit d'un avaleur de sabres qui, pendant un mouvement violent, laissa échapper son instrument ; dans la nuit, il eut subitement une douleur atroce qui dura jusqu'au lendemain matin et qui le conduisit à l'hôpital. A l'examen on sentit fort bien le corps étranger ; mais le malade ayant essayé par des pressions de le faire sortir par l'anus, le lendemain on ne trouva plus rien. A l'incision de l'estomac, pas de corps étranger ; on découvrit ce dernier, sur la ligne médiane, au milieu des anses intestinales. L'estomac fut trouvé absolument sain, on ne découvrit qu'un épaississement de l'épiploon au-dessous de la grande courbure. M. Ledentu pense que le corps étranger est sorti de l'estomac entre les deux feuillets de l'épiploon : ce fait est fort curieux, mais c'est la seule explication que l'on puisse en donner.

Plaie pénétrante du rachis.

M. Walther présente une observation de plaie de la partie supérieure de la moelle dorsale, par une balle qui, pénétrant au dedans de la coracoïde, blessa d'abord la plèvre et le poumon : il y eut tous les symptômes d'une plaie de poitrine (épanchement gazeux et sanguin de la plèvre, shock) et, immédiatement après l'accident, une paraplégie complète, une anesthésie absolue dans toute la région sous-mamelonnaire et une abolition des réflexes, sauf une légère flexion des orteils en frôlant légèrement la plante des pieds.

M. Brissaud diagnostiqua un hématorachis avec compression de la moelle. Les symptômes de la plaie de poitrine ayant à peu près disparu, tandis que les phénomènes médullaires s'accentuaient (apparition d'escharres aux points de compression, œdèmes des membres inférieurs, difficulté extrême des évacuations), on décida une intervention. La radiographie et surtout la radiographie stéréoscopique montrèrent la balle à la partie antérieure du canal rachidien sur la partie latérale droite, tout contre la lame, vers la 2e dorsale. On fit la lamnectomie des 2e et 3e dorsales ; la dernière fut trouvée absolument intacte, on l'incisa sur un point résistant ; c'était le corps étranger, qui fut extrait ; la moelle fut trouvée nettement et complètement sectionnée, avec un écartement d'un centimètre entre les deux bouts.

Fermeture des différents plans ; aggravation des symptômes médullaires et mort 2 mois après l'intervention.

Vers la fin, les réflexes étaient légèrement revenus. Dans ce cas, l'abolition des réflexes correspondait à une section complète de la moelle, comme le soutiennent plusieurs auteurs anglais ; et ces réflexes, dit Walther, ont été suivis jour par jour.

M. Legueu apporte une observation analogue à celle de M. Walther, il y avait tous les symptômes d'une section complète de la moelle ; mais, fait intéressant, les troubles trophiques se sont améliorés vers la fin ; les réflexes étaient conservés aux membres inférieurs. A l'intervention on ne retrouve aucune trace d'épanchement, pas d'adhérences et la moelle incomplètement sectionnée ; il la sutura et termina l'opération : cependant les accidents médullaires continuèrent leur évolution fatale.

M. Lucas-Championnière confirme ces faits qui se sont passés dans son service ; de plus, il attire l'attention sur un point qui lui paraît intéressant, c'est la persistance ou le retour de la sensibilité en certains points, ce qui lui paraît être un bon signe de section incomplète.

Chirurgie pulmonaire.

M. Delagenière (du Mans) apporte une observation à l'appui de la thèse qu'il a soutenue au dernier congrès de chirurgie à savoir que le pneumothorax opératoire lentement provoqué est sans gravité ; il s'agit d'un chondro-sarcome du dos ; il dut sectionner les 7e 8e 9e et 10e côtes, reséquer une grande partie des plèvres costale et diaphragmatique et du diaphragme ; pour combler la brèche, il sutura le poumon à la paroi et fixa tout autour du poumon les plèvres sectionnées ; l'air resté dans la cavité pleurale fut aspiré à la fin de l'opération : à part quelques phénomènes de choc, tout alla bien et, 18 jours après l'opération, le malade sortait de l'hôpital, parfaitement guéri.

Plaie du cœur.

M. Fontan apporte un nouveau cas de suture d'une plaie du cœur suivie de guérison ; il s'agit d'une plaie du ventricule droit, au-dessus de la pointe : il put la suturer par un surjet, et ferma le péricarde. Le malade eut quelques accidents post opératoires, une embolie pulmonaire, une pleurésie et enfin une phlebite ; cependant le tout se termina par la guérison.

Schwartz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Seance du 29 novembre 1901. — Présidence de M. Joffroy.

M. Duflocq fait une communication sur les incertitudes des statistiques dans la fièvre typhoïde selon la façon dont on les interprète.

La ceinture cardiaque.

M. Faisans présente un cardiaque porteur de la ceinture de Deschamps, de Lyon. Cette ceinture offre l'aspect d'un bandage herniaire avec pelote trapézoïde qui comprime la région du cœur. Cette compression calme les palpitations cardiaques, diminue l'essoufflement.

Leucoplasie linguale et syphilis.

M. Gaucher a observé un malade sans antécédents connus de syphilis, atteint d'hémiplégie. Ce malade était porteur d'une leucoplasie linguale. Une injection de benzoate de mercure fut faite et le malade fut amelioré dès le lendemain. M. Gaucher insiste sur l'origine syphilitique de la leucoplasie linguale, qui est une affection para-syphilitique. M. Gaucher conseille d'employer pour le traitement la formule suivante :

Benzoate de mercure.............	1 gr.
Chlorure de sodium pur..........	0 gr. 75
Eau stérilisée.....................	100 gr.

Il est nécessaire que le benzoate de mercure soit de préparation récente. Les injections ne sont alors pas douloureuses.

Brachycardie des convalescents de la diphtérie.

M. Barbier rapporte trois observations de malades atteints de diphtérie où la brachycardie s'est manifestée à la fin de la maladie. Ce phénomène serait transitoire.

M. Troisier demande si le pouls ralenti était irrégulier.

M. Barbier n'a pas constaté d'irrégularite du pouls.

M. Comby prétend que ce que signale M. Barbier s'observe dans la convalescence de la plupart des maladies aiguës.

M. Variot rappelle la gravité du pronostic du pouls ralenti paradoxal que l'on observe dans la période de suffocation du croup.

M. Ferrier a constaté le ralentissement du pouls chez les pneumoniques et les typhoïdiques au début de la convalescence, il croit que ce phénomène doit faire réserver le pronostic.

M. Legendre note que le pouls ralenti n'est pas très fréquent ; que dans la diphtérie il a observé une fois ce pouls lent avec irrégularité ; il juge que ce phénomène mérite d'attirer l'attention du médecin et de faire réserver le pronostic.

Hystérie senile.

M. Achard présente un cas d'hystérie sénile à 61 ans, avec accidents permanents (hémiparésie et hémihypoesthésie caracteristiques, hyperesthésie localisée, rétrécissement du champ visuel, etc.) et accidents paroxystiques (attaques convulsives, attaques délirantes).

Astasie-abasie sénile.

M. Widal a observé un cas d'astasie abasie chez un vieillard qui est à son avis un hystérique monosymptomatique.

M. P. Marie présente un malade de 76 ans atteint d'astasie abasie. Ce malade n'a pas de signes hystériques. C'est à 61 ans que cette astasie s'est manifestée. Ce malade cependant, à la suite d'un accident, est resté pendant plusieurs jours inconscient.

M. Marie présente un autre astasique abasique de 85 ans. M. Marie ne croit pas à l'origine artérioscléreuse de cette maladie, il croit que c'est une névrose sénile.

Bacilles de Löffler dans le bulbe.

M. Barbier signale de nouveau dans un cas de diphtérie la présence du bacille diphtérique dans le bulbe.

Forme particulière de l'infection eberthienne.

M. Bezançon a soigné une femme dont la température durant le premier septenaire offrait l'aspect de celle de la dothiénenterie, bien qu'il n'y ait pas eu de symptômes de fièvre typhoïde. La séroréaction fut positive. La malade, après 8 jours, présenta une augmentation de la vésicule biliaire et une débâcle biliaire se produisit. La défervescence se fit aussitôt, le tracé thermique ne présentant pas de plateau. M. Bezançon fait remarquer que l'infection éberthienne peut se manifester autrement que par les symptômes classiques de la fièvre typhoïde. J. N.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 23 novembre 1901. — Présidence de M. Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 35. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Théodore Rousseau, de Mexico, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant national ; 2° lettre de M. le Dr de Crésantignes, donnant sa démission de membre titulaire, en alléguant qu'il est toujours empêché aux heures où ont lieu les réunions. La Société n'accepte qu'à regret cette démission, tout en espérant que M. de Crésantignes pourra revenir sur sa décision.

M. Edmond Vidal lit une communication intitulée : **Le traitement médical des troubles menstruels d'origine utéro-ovarienne**. *Sera publiée dans un prochain numero.)*

M. Beni-Barde. — La communication que vient de nous faire notre distingué collègue, le Dr Vidal, est fort intéressante ; elle est entièrement consacrée à une étude approfondie des nombreuses perturbations morbides qui accompagnent les affections utéro-ovariennes. Après avoir présenté, sous le couvert d'une forme littéraire attrayante, les idées théoriques qui lui sourient et les conceptions pathogéniques qui semblent lui plaire, il manifeste nettement sa résolution de ne parler des diverses médications destinées à combattre ces maladies spéciales, qu'après avoir entendu ceux d'entre nous qui ont souvent appliqué ces médications. Personnellement, il m'a provoqué, avec une grande courtoisie, de prendre part à ce tournoi scientifique, m'invitant à faire connaître le rôle de l'hydrothérapie dans le traitement des perturbations éprouvées par la femme dans le cours de sa vie sexuelle. J'accepte l'invite de mon distingué collègue ; mais, comme les circonstances m'obligent à prendre la parole aujourd'hui sans avoir pu consacrer à cette vaste question une préparation convenable, je prie la Société de m'accorder une grande indulgence.

L'hydrothérapie ne peut pas guérir un certain nombre d'affections utéro-ovariennes, bien qu'elle puisse soutenir les forces et calmer les souffrances des malades qui en sont atteintes. Mais il en est d'autres, et elles sont assez nombreuses, qu'elle est susceptible de guérir sans implorer le secours d'autres médications. Je ne veux signaler que ces dernières.

Tous les mois et même tous les quinze jours, le système utérin devient le siège d'une congestion physiologique temporaire. Si cet appel de sang dépasse l'activité normale en se prolongeant outre mesure ou en se renouvelant trop souvent, il peut occasionner une fluxion morbide. Lorsque cette fluxion irrégulière devient chronique, elle provoque la *congestion, l'engorgement*, le *déplacement* et même l'*ulcération de la matrice*. La permanence de cet état irrégulier trouble les organes voisins et détermine, par un enchaînement fatal, la débilité, l'anémie et le nervosisme.

La congestion utérine et les conséquences que je viens de signaler prennent assez facilement une allure de chronicité rebelle à toute résolution spontanée, qui exige l'intervention immédiate du médecin. Il faut, pour triompher de cet état morbide, provoquer une énergique révulsion sur la surface cutanée, fortifier le système nerveux et régulariser la circulation sanguine. Pour atteindre ce triple résultat, l'hydrothérapie est toute puissante ; et, l'on comprend aisément qu'elle soit conseillée par tous les gynécologistes.

Lorsque la congestion utérine passive est simple et même compliquée d'hémorrhagie, c'est aux effets reconstituants de l'hydrothérapie qu'il faut recourir. On emploiera de préférence les douches froides générales, en pluie et en jet, qui exercent une action tonique plus accentuée que celle qu'on obtient à l'aide d'autres procédés hydriatiques et qui ont le précieux avantage de déterminer une révulsion capable de contrebalancer la fluxion utérine.

La congestion utérine se renouvelle quelquefois deux fois par mois, au moment des règles d'abord, puis deux semaines après, donnant lieu dans cette seconde fluxion à un écoulement sanguin très peu abondant qu'on peut appeler à la rigueur des règles de quinzaine. Les applications hydrothérapiques dont je viens de parler sont utiles et produisent d'heureux résultats ; mais si cette fluxion bi-mensuelle est accompagnée de névralgies iléo-lombaires assez fortes, il ne faut pas hésiter d'administrer avant la douche froide générale, une douche écossaise dirigée avec douceur sur les régions douloureuses.

Lorsque la congestion utérine est symptomatique d'une lésion de la matrice, d'un corps fibreux ou d'une maladie des annexes, l'hydrothérapie peut certainement être utile ; mais elle passe naturellement au second plan et ne joue plus qu'un rôle d'auxiliaire.

De toutes les complications de la congestion chronique, c'est l'engorgement qu'on rencontre le plus souvent. Cet accroissement de l'utérus, qui tient à des causes multiples que le médecin doit toujours rechercher avec soin, est surtout provoqué par de l'hyperhémie et par une infiltration de liquides à travers les mailles du tissu normal de l'utérus.

En se plaçant au point de vue thérapeutique, on est forcé de reconnaître que les indications imposées au praticien sont nombreuses et difficiles. Pour agir correctement et utilement, il doit à la fois lutter contre les causes de l'hyperhémie, favoriser la résorption des liquides infiltrés, atténuer les influences diathésiques qui peuvent entretenir cet état morbide, et, finalement, combattre la douleur et les troubles nervo-moteurs qui en sont la conséquence.

L'hydrotherapie répond largement à ce programme. Je vais indiquer comment il convient de l'appliquer.

Il faut tout d'abord songer à la douche mobile froide ; mais, si l'on craint que la malade ne réagisse mal, il vaut mieux commencer par la douche tempérée, que l'on refroidira progressivement. Si cette application est insuffisante, je conseille, pour préparer l'action révulsive cutanée, d'avoir recours aux applications du calorique que peuvent fournir la douche chaude générale, les maillots et même les étuves parmi lesquelles je donne la préférence à l'étuve à la lampe. En faisant intervenir la chaleur, on n'a pas be-

soin de chercher à produire la sudation : il suffit d'échauffer la peau pour faciliter la réaction lorsqu'on fera intervenir la douche froide. Ce dernier procédé est celui que j'emploie le plus souvent, quand je veux agir sur la circulation et favoriser la disparition de l'engorgement. Pour faciliter ses effets thérapeutiques, on pourra lui associer les douches alternatives générales et locales dont l'action résolutive est incontestable.

Quelle que soit sa forme, l'engorgement utérin est toujours lent à disparaître ; et on ne peut le guérir complètement qu'à la faveur d'un traitement hydrothérapique régulier et très prolongé.

L'utérus, qui est un des viscères les plus mobiles, peut se déplacer dans toutes les directions et prendre toutes les inflexions sur lui-même. Je n'ai pas à m'occuper ici des signes objectifs de ces lésions qui sont en général faciles à reconnaître. Je veux simplement signaler le rôle important que peut jouer l'hydrothérapie dans la guérison de ces maladies, rôle qui a pour résultat de tonifier les tissus ligamenteux et les parties molles qui sont en rapport avec la matrice, de combattre efficacement la congestion ou l'engorgement de cet organe, et finalement, de favoriser la reconstitution générale de la malade.

Fleury a le premier indiqué comment il faut employer l'hydrothérapie contre les déplacements et aussi contre les flexions de l'utérus. Il insiste avec raison sur les bons effets que peut produire une série de douches froides bien appliquées sur ces déviations morbides. Lorsque je le remplaçai à Bellevue, il y a déjà longtemps, hélas ! je restai, bien entendu, fidèle aux traditions thérapeutiques qu'il avait laissées dans l'établissement fondé par lui, et je pus constater l'efficacité de son traitement.

Ce traitement, très utile pour combattre les affections utérines greffées sur un fond anémique ou favorisées par l'atonie des organes, est parfois infidèle quand ces affections sont escortées de douleurs très vives ou de désordres nerveux bien accentués. Dans ces cas spéciaux, pour conserver au traitement hydrothérapique toute sa puissance, j'ai dû modifier la formule de Fleury, et substituer à l'emploi exclusif de la douche froide une application dans laquelle j'essayai d'associer l'action du calorique et celle du froid. Cette modification, qui me permit de guérir des malades absolument rebelles aux applications froides, n'a jamais été adoptée par Fleury, qui, tout en me donnant des marques d'estime dont je conserve le souvenir avec plaisir, m'accusa de vouloir faire dérailler l'hydrothérapie orthodoxe. Depuis cette époque lointaine, j'ai eu la satisfaction de voir ses élèves et ses amis atténuer leur intransigeance primitive et accepter définitivement la formule que j'ai substituée à celle de Fleury, pour combattre avec succès les affections utéro-ovariennes liées à l'arthritisme et aux névroses.

Passant maintenant aux diverses maladies qui intéressent d'une façon plus intime le parenchyme des organes génitaux de la femme, je puis dire que l'hydrothérapie a sur elles une influence des plus salutaires. L'inflammation chronique de la matrice et de ses annexes dépend d'une série d'accidents variés, dont il est parfois difficile d'indiquer l'enchaînement. Bien que l'étiologie de cette maladie soit souvent obscure, on peut affirmer que ces états morbides désignés tour à tour sous la dénomination de métrite, d'endométrite, de péri ou paramétrite, de pelvi-métrite, d'ovarite, de catarrhe interne, de leucorrhée et même de salpingite, paraissent de préférence se développer chez les personnes affaiblies, les névropathes et les arthritiques. Cette constatation a une importance capitale, elle permet de choisir sans hésitation les procédés hydrothérapiques qui conviennent à chaque malade. C'est ainsi qu'on peut administrer aux personnes qui présentent les signes d'une faiblesse générale ou d'un appauvrissement du sang les applications froides, aux nerveuses des douches tempérées qu'on refroidit progressivement, et aux rhumatisantes ou aux goutteuses, des douches chaudes, des douches écossaises et quelques sudations.

Dans ces diverses interventions, les applications générales exercent une action tonique, calmante ou résolutive due au mode opératoire choisi par le médecin. Pour augmenter cette influence, on peut leur adjoindre des applications locales, telles que le bain de siège, les injections à température variable, les ceintures humides, les demi-bains et les douches locales.

Pour terminer ce que j'ai à dire sur les maladies parenchymateuses de la matrice et de ses annexes, qu'il me soit permis de faire une allusion discrète aux exigences thérapeutiques de la salpingite. La salpingite est une affection fort complexe, qui a son point de départ dans la trompe et qui provoque dans la plupart des organes voisins des perturbations et des altérations de toute nature. Lorsque la salpingite n'a pas provoqué une grave désorganisation dans les tissus intéressés, on peut avoir l'espoir de la guérir par des moyens exclusivement médicaux et notamment par l'hydrothérapie, qui offre au praticien l'aide salutaire de ses nombreux et puissants modificateurs. Quand, au contraire, la salpingite a produit de graves désordres, et qu'elle se traduit par des manifestations inquiétantes, il faut songer à l'intervention chirurgicale. Mais avant d'y avoir recours, on doit examiner la situation avec le plus grand soin, et ne prendre un parti définitif que lorsque cette intervention est devenue inéluctable. Je puis, pour motiver cette prudente temporisation, citer des malades qui ont pu se soustraire aux éventualités d'une opération sanglante et redoutée, en se condamnant à suivre avec une grande opiniâtreté un traitement méthodique et sévère.

Néanmoins, tout en reconnaissant la nécessité d'une sage réserve à l'égard des malades timorées que l'idée d'une opération épouvante, on doit admettre que la manœuvre chirurgicale est parfois nécessaire.

Cette intervention que certains malades acceptent sans crainte est souvent satisfaisante ; et j'éprouve un plaisir extrême à le constater. Mais dans quelques circonstances les résultats sont incertains et moins heureux. On voit, en effet, apparaître, après l'extirpation du corps du délit, les souffrances de la première heure escortées de nouvelles misères et notamment de perturbations nerveuses très accentuées. Bien que je n'aie pas encore à ma disposition des éléments suffisants pour établir avec équité le bilan des succès et celui des revers, je dois reconnaître que dans les cas difficiles, l'opération a seule le pouvoir d'être secourable.

Assez souvent il ne reste aucune trace de son passage ; et la malade retrouve une santé normale. Mais quelquefois elle sort meurtrie de l'épreuve qu'elle a été forcée de subir, et, pour restaurer son organisme, il faut la soumettre pendant longtemps à un traitement reconstituant et réparateur.

Lorsque les accidents consécutifs se traduisent par de l'anémie, de l'épuisement des forces et des manifestations nerveuses qui ne dépassent pas le cercle des névropathies curables, on peut laisser le chirurgien accomplir son œuvre libératrice. Mais lorsque l'on craint que l'ébranlement opératoire trouble les fonctions cérébrales et favorise l'explosion d'une psychose bien définie, il faut renoncer à l'action chirurgicale qui pourrait, dans l'espèce, avoir des conséquences fâcheuses.

Cette question des psychoses post-opératoires a été examinée et discutée avec soin dans la société de Chirurgie ; et le professeur Berger, qui présidait alors cette remarquable assemblée, l'a résumée avec précision et une lucidité parfaite. Il faut, selon lui, avant d'opérer, rechercher si dans la famille ou les antécédents de la malade, il n'existe pas quelques indices ou des stigmates pouvant faire craindre l'apparition d'une psychose. Si on les découvre, il est préférable de ne pas soumettre la malade au choc opératoire qui, dans ces conditions, pourrait avoir un résultat déplorable, mieux vaut la cantonner dans une thérapeutique médicale appropriée, et s'abstenir de toute intervention sanglante. Ce jugement a un cachet scientifique, loyal et humanitaire qui doit plaire à tous les chirurgiens. Il a du reste été soutenu et mis en relief avec succès dans cette enceinte, par notre distingué vice-Président, le Dr Picqué.

Il me reste à dire quelques mots des névroses de l'appareil de la génération chez la femme. Elles sont surtout caractérisées par des troubles spéciaux qui intéressent surtout la sensibilité et la motilité.

Les perturbations sensitives se traduisent par des explosions douloureuses qui accompagnent l'hystéralgie, la névralgie ovarienne, la névralgie iléo-lombaire ou par des perversions nerveuses qui escortent souvent le vaginisme, l'érotomanie, qui est une névropathie, et la nymphomanie, qui est une psychose bien caractérisée.

Contre les phénomènes douloureux le procédé hydrothérapique le plus efficace est, sans contredit, la douche écossaise projetée méthodiquement sur la région hypogastrique, sur les cuisses et sur les reins. Cette douche doit être administrée avec une grande prudence, surtout au début du traitement ; il faudra faire asseoir la malade sur un escabeau mobile en lui recommandant d'allonger les jambes ; on donnera à l'embout terminal de la douche mobile la forme d'une grosse pomme d'arrosoir. A l'aide de cette pomme, on pourra faire varier la température de l'eau qui doit souvent changer de degré et réglementer aisément la percussion du liquide qui doit toujours être modérée. Les mêmes précautions doivent être prises lorsqu'on dirige la douche sur les cuisses ou sur les lombes ; seulement, dans la névralgie iléo-lombaire, il convient de prolonger l'action du calorique, il est préférable, quand il existe de l'ovarite souvent accompagnée de pertes blanches, de recourir à l'eau froide à la fin de l'opération. Pour activer la disparition des douleurs, on peut adjoindre à cette douche les bains de siège tempérés à eau dormante, les injections vaginales chaudes et même le demi-maillot qui, en déterminant une irritation de la peau autour du bassin, provoque une révulsion salutaire. Quel que soit le modificateur local mis en usage, il est utile de terminer l'opération par une douche générale plus ou moins froide, qui concourt à la modification de l'état constitutionnel.

Lorsque les troubles sensitifs sont groupés autour du vaginisme, du prurit vulvaire, de l'érotomanie et de la nymphomanie, il faut, en dehors des moyens locaux utilisés dans ces circonstances spéciales, recourir aux douches sédatives, prolongées et souvent renouvelées dans le but d'apaiser le système nerveux toujours surexcité, et recourir en même temps à un bain de siège spécial qui m'a toujours rendu de très grands services. Voici comment il convient de manœuvrer. On place la malade dans un bain de siège à eau courante ayant environ 32° ou 33° et on fait durer cette première partie de l'opération pendant environ 7 ou 8 minutes. Immédiatement après, on modifie le jeu de l'appareil pour rendre l'eau plus chaude et lui permettre d'arriver dans le voisinage du 38e dégré ; on laisse l'eau à cette température pendant une minute ; puis, par une manœuvre de robinets faite avec une grande délicatesse, on refroidit l'eau graduellement jusqu'à ce que la malade éprouve une légère sensation de fraîcheur. Cette impression doit être de courte durée ; et pour éviter un mouvement réactionnel qui pourrait être nuisible, on ramène progressivement l'eau à la température qu'elle avait au début de l'opération ; on laisse la patiente pendant quelques minutes dans ce bain et l'on termine l'application par une douche tempérée légèrement refroidie à la fin, si l'on juge que l'action tonique soit nécessaire.

Je ne parlerai que pour mémoire des troubles sensitifs qui se traduisent par l'absence des désirs sexuels et par l'absence des sensations voluptueuses, ces malades ont tous besoin de l'action excitante de l'hydrothérapie.

Les troubles moteurs qui sont fort souvent engendrés par la plupart des maladies utérines se traduisent par des phénomènes convulsifs de formes variées et par des phénomènes de parésie ou de paralysie. Dans le premier groupe, on trouve les rigidités musculaires, les contractures, les spasmes respiratoires, les angoisses cardiaques, la toux, l'œsophagisme, les divers ténesmes ; les hypersécrétions humorales, les accumulations gazeuses, etc. Dans le second groupe, se placent toutes les manifestations de l'impuissance motrice.

Tous ces phénomènes semblent résulter d'une série d'actions réflexes se manifestant par des effets dynamogènes ou inhibitoires qu'il faut analyser avec soin, si on veut donner au traitement hydrothérapique un point d'appui scientifique.

On emploiera d'abord les agents hydriatiques capables d'éteindre dans les organes génitaux l'irritabilité maladive d'où part la sensation qui, après avoir impressionné les centres nerveux, donne naissance aux troubles moteurs que je viens de désigner. Il faudra ensuite apaiser la trop vive excitabilité des centres nerveux à l'aide de douches sédatives, et finalement recourir aux procédés calmants contre les phénomènes convulsifs et les procédés excitants contre les phénomènes paralytiques.

Cette application hydrothérapique, malgré sa complexité, n'est pas difficile à exécuter si on a à sa disposition des appareils bien organisés. Je puis la conseiller en toute conscience, parce que j'ai pu souvent apprécier les bienfaits de son intervention.

J'arrive maintenant à la dernière partie de ma réponse à la demande de M. Vidal, c'est-à-dire au rôle de l'hydrothérapie dans la menstruation.

Tous les médecins sont d'accord pour reconnaître que l'hydrothérapie favorise l'apparition des règles. On peut, en toute sécurité, conseiller son usage à la plupart des jeunes filles qui, à l'âge de la puberté, éprouvent ces malaises caractérisés que provoque le début de la fonction menstruelle.

D'autre part, à l'époque de la ménopause, l'hydrothérapie, en donnant à la peau une suractivité convenable, et, en régularisant la circulation, est susceptible, dans une certaine mesure, de compenser la grande fonction qui va disparaître, et peut aider la femme à traverser sans accident cette période critique.

Parmi les applications hydrothérapiques, la douche mobile est celle qui convient le mieux à ces deux époques extrêmes de la voie utérine. Seulement, il faut qu'elle soit générale, bien uniformément répandue sur tout le corps, courte, à percussion légère, et, sauf dans quelques cas exceptionnels, presque toujours modérément froide.

Je conseille le même procédé aux femmes enceintes et à celles qui nourrissent, à la condition toutefois de ne pas insister sur les régions lombaires et abdominales. La douche quotidienne facilite la marche de la gestation ; elle modifie heureusement les désordres du tube digestif et du système nerveux, facilite la circulation du sang et sa restauration, relève les forces et contribue à combattre ces tendances abortives qui font le désespoir de la malade et du médecin.

La femme qui nourrit peut, comme la femme enceinte, bénéficier des ressources que lui offre l'hydrothérapie pour soutenir ses forces et faciliter la sécrétion mammaire ; mais il faut éviter de localiser avec trop d'insistance la douche sur l'abdomen et les régions inférieures du corps, afin de ne pas hâter la réapparition des règles dont l'arrivée anticipée est souvent préjudiciable.

Dans la période de l'activité sexuelle de la femme, c'est à dire entre la puberté et la ménopause, quand les menstrues sont parfaitement établies et que leur écoulement est bien régulier, l'hydrothérapie n'est pas nécessaire. Toutefois, je dois convenir qu'on peut l'employer sans inconvénient quand le procédé balnéaire est bien choisi et surtout bien appliqué. Dans cet ordre d'idées, je dirai tout de suite que l'immersion générale ou partielle ne doit pas être mise en usage, parce qu'elle provoque le plus souvent un refoulement considérable du liquide sanguin vers les viscères profondément situés. Je conseille aussi de ne pas user de la douche en pluie verticale, dont l'effet perturbateur est considérable et qui, dans l'espèce, a l'inconvénient d'activer outre mesure la circulation dans la partie supérieure du corps au détriment de la région inférieure. Je donne la préférence à la douche mobile dont j'ai déjà parlé.

Pour compléter l'étude de ces indications spéciales, je dois ajouter qu'il n'est jamais prudent de faire une application froide, chez une femme bien portante, au moment même où les règles font leur apparition. Par contre, il est souvent utile de donner la douche avant que les menstrues aient cessé de couler, surtout quand elles se prolongent indéfiniment. En intervenant à ce moment, on peut, plus aisément qu'à toute autre époque, dégorger l'utérus de cet état congestif interminable et apaiser l'activité de ces mouvements fluxionnaires intempestifs.

Au surplus, je me hâte de déclarer que chez la femme douée d'une impressionnabilité nerveuse excessive, il est préférable de suspendre les applications hydrothérapiques pendant les règles, alors même qu'elle est très acclimatée à l'eau froide. Elles sont inutiles si la santé de la femme n'est pas compromise : et elles peuvent être nuisibles si elles sont mal faites. Dans l'espèce, il vaut donc mieux s'abstenir.

Par contre, lorsque la fonction menstruelle est troublée, que les règles sont douloureuses ou arrêtées dans leur évolution, que l'écoulement de sang est insignifiant, supprimé ou trop abondant, il faut absolument recourir aux applications hydrothérapiques. Je vais indiquer celles qu'il convient de choisir pour répondre avec succès aux indications curatives de la plupart des troubles menstruels.

Ces principaux troubles sont les suivants :

1° L'aménorrhée ;

2° La dysménorrhée ;

3° La ménorrhagie.

On désigne sous le nom d'aménorrhée l'absence des règles pendant la période sexuelle de la femme.

Sous l'influence de la chloro-anémie, des névroses, des cachexies, des intoxications ou des diathèses, et aussi de la plupart des maladies utéro-ovariennes, l'irrégularité se manifeste ; et, après une durée très variable, aboutit souvent à la suppression persistante de l'écoulement menstruel. Elle n'est dans ce cas qu'un symptôme qui disparaît avec la maladie dont il dépend.

Pour bénéficier du traitement hydrothérapique, il faut joindre aux procédés spéciaux dont je vais parler, ceux qui ont une action curative sur les divers états morbides dont j'ai eu déjà l'occasion de préciser les effets, dans le cours de ma communication.

S'il existe de l'anémie ou si la malade offre sur son visage les signes de la chlorose rouge, il faut tout d'abord relever les forces de l'organisme. Dans ce cas, bien connu de tous les praticiens, le meilleur procédé hydrothérapique à employer contre l'aménorrhée est la douche mobile, froide, courte, à percussion énergique, mais non meurtrière, et principalement dirigée sur les régions inférieures du corps.

Si, sous une influence quelconque, dont on doit calculer la portée, la matrice devient un centre d'appel et que la fluxion hémorrhagique se produise sans donner lieu à un écoulement de sang, il faut recourir à la douche mobile. Dans cette occurrence, les bains de siège froids à eau courante et de courte durée, les bains de siège alternativement chauds et froids appliqués de la même façon que les précédents, les douches utérines chaudes ou froides, constituent les procédés qui peuvent être conseillés comme d'utiles adjuvants. Néanmoins, j'aime mieux faire précéder la douche froide générale d'un pédiluve chaud, d'une douche de vapeur localisée sur les membres inférieurs, et, avant tout, d'une douche chaude dirigée sur la partie antérieure et interne des cuisses, parcourant progressivement tous les degrés compris entre le trente-cinquième et le quarante-cinquième et ayant le plus souvent une durée de deux à trois minutes.

Dans le cas où le molimen hémorrhagique semble arrêté dans son évolution par le spasme des vaisseaux, on plongera la malade dans un bain de siège, après lequel on administrera une douche tempérée au début et convenablement refroidie à la fin de l'opération. On pourra aussi appliquer le sac à glace de Chapman sur la région lombaire, en ayant soin de le laisser en place jusqu'à ce qu'il ait produit sur la peau une rubéfaction très prononcée.

Tels sont les procédés qui m'ont toujours rendu de grands services dans l'aménorrhée.

La femme qui a des règles difficiles, irrégulières ou douloureuses, peut être considérée comme une dysménorrhéique. Elle doit cette perturbation menstruelle à de nombreuses influences morbides, qui se manifestent par des signes caractéristiques qu'il importe de bien connaître si l'on veut être en mesure de conseiller un traitement utile.

Pour règlementer la cure hydrothérapique destinée à combattre cet état anormal, j'ai pris pour point de mire et pour base, les symptômes qui empruntent leur forme à l'origine nerveuse ou à l'origine congestive de la dysménorrhée.

Lorsque cette affection est escortée de troubles nerveux et que l'excitation est généralisée, il faut recourir aux applications sédatives dont j'ai déjà parlé. Si elle est dominée par de l'hystéralgie ou par d'autres phénomènes douloureux disséminés dans le plexus iléo-lombaire, on doit recourir aux procédés analgésiques, parmi lesquels je donne la préférence à la douche écossaise. Pour combattre la dysménorrhée de nature congestive, je recommande les applications que j'ai conseillées contre les congestions utéro-ovariennes.

Je m'arrête dans le développement de cette question pathologique importante, puisque M. Vidal a voulu la distraire de sa communication actuelle pour la reprendre dans une séance ultérieure. Je l'étudierai de nouveau quand notre distingué confrère m'y invitera.

La ménorrhagie répond à une exagération du flux menstruel. La métrorrhagie en est indépendante. Toutefois, on doit désigner sous le nom d'hémorrhagie utérine toute évacuation anormale et surabondante de sang provenant de l'utérus.

La métrorrhagie prend une place importante dans toutes les affections auxquelles la femme est exposée, soit comme symptôme d'un état local (polypes, tumeurs, endométrite, etc.), soit comme manifestation d'un état général maladif. Dans les deux cas, l'hydrothérapie peut-être employée avec succès. Mais je ne veux retenir ici que l'hémorrhagie *essentielle* à laquelle prédispose l'organisme périodique et physiologique des règles depuis la puberté jusqu'à la ménopause. Cette perte sanguine que la pléthore favorise moins que l'anémie, est presque toujours liée à une irritabilité utéro-ovarienne placée sous la dépendance d'une faiblesse constitutionnelle innée ou acquise, d'un état nerveux ou d'une diathèse bien confirmée.

Les applications froides ont presque toutes une action hémostatique réelle : mais comme leurs effets ne sont pas absolument identiques, il est nécessaire de savoir choisir celles qui conviennent le mieux aux exigences de chaque indication curative. Avant de les désigner, je dois essayer de résoudre une question préjudicielle qui a une réelle importance.

A quel moment convient-il d'employer l'hydrothérapie ? Quelques médecins pensent qu'elle doit être appliquée pendant la période ménorrhagique ; d'autres, au contraire, repoussent son intervention pendant cette période. Cette divergence d'opinions est justifiée par certains faits ; et j'ai longtemps hésité avant de prendre un parti définitif sur ce point controversé. Aujourd'hui qu'une pratique aussi étendue que variée m'a permis de réunir les éléments qu'exige la solution de cette question délicate, je suis forcé de reconnaître que chacune de ces méthodes thérapeutiques peut rendre de véritables services. Seulement, pour réussir, il importe de savoir dans quelles circonstances on doit recourir à l'une plutôt qu'à l'autre.

Lorsque la ménorrhagie est à peu près permanente et assez accentuée, que l'écoulement de sang est assez abondant pour exposer la femme à un danger sérieux et que la faiblesse générale de la malade est excessive, l'hésitation n'est pas permise : le médecin doit intervenir pendant la période ménorrhagique.

Par contre, il est préférable de s'abstenir, quand l'écoulement sanguin ne concorde pas avec un épuisement extrême. La même réserve est imposée si la femme accuse une impressionnabilité excessive et si elle paraît prédisposée aux congestions viscérales.

Cette question élucidée, il me reste à faire connaître les diverses applications qu'il convient de mettre en usage.

On emploie assez souvent la douche froide en pluie verticale préconisée avec raison par Fleury. Par la réaction qu'elle provoque dans les parties supérieures du corps, elle produit dans cette région une révulsion qui contrebalance et peut annihiler la fluxion hémorrhagique dont la matrice est le siège : elle doit être de courte durée et énergique. Si la malade est trop impressionnable et supporte difficilement l'impression produite par cette douche, il faut recourir à la douche mobile froide qu'on promène rapidement

sur la partie supérieure du tronc et principalement sur toute l'étendue des bras.

On peut aussi utiliser, concurremment avec la douche froide ou isolément, le bain de siège froid à eau dormante, les frictions avec le drap mouillé, les ablutions, le demi-bain, les injections vaginales très chaudes, les sacs à eau chaude de Chapman placés pendant dix minutes sur la région lombaire, le spéculum en caoutchouc rempli de morceaux de glace que l'on introduit dans le vagin, et enfin le bain de pieds froid à eau courante que j'emploie depuis bien longtemps, et que je considère comme le plus efficace, le plus sûr et le plus inoffensif de tous les procédés mis en usage contre les hémorrhagies utérines.

A cet effet, je me sers d'un bain de pieds spécial présentant dans le fond deux plaques de cuivre, en forme de semelles, percées de nombreux trous par lesquels arrivent des jets d'eau très froide ayant une certaine force de projection. La malade, assise sur une chaise, place la plante des pieds devant l'eau courante qui ne doit frapper que cette région limitée. Une impression vive se produit instantanément sur la surface plantaire. Après un certain temps, qui varie entre cinq et dix secondes, un refroidissement des parties inférieures apparaît, des contractions se manifestent dans les membres inférieurs et dans la région abdominale. Ces spasmes, de nature essentiellement réflexe, prennent leur origine à la plante des pieds où naît l'impression sensitive. Cette impression est perçue par les centres nerveux correspondants, qui, après l'avoir transformée, la renvoient sous forme d'actions réflexes dynamogènes ou inhibitoires dans les nerfs moteurs ou vaso-moteurs provenant des centres nerveux influencés.

C'est ainsi que par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs intéressés, les vaisseaux utérins se contractent et empêchent le sang de s'écouler.

Je pourrais citer de nombreux faits attestant la puissance hémostatique de ce bain de pieds spécial.

Permettez-moi, en finissant, de vous dire que c'est à l'aide de ce procédé qu'il m'a été permis de confirmer à la fois par des expériences physiologiques et par des observations cliniques les découvertes de Brown-Séquard sur l'effet que l'eau froide appliquée sur la peau produit sur toutes les fonctions de l'organisme, effet ayant son point de départ dans une impression cutanée, aboutissant, après avoir été reçue et transformée par les centres nerveux, par les nerfs périphériques, les muscles, dans les organes cellulaires, et manifeste son influence sur les mouvements d'assimilation et de désassimilation.

C'est en prenant pour base les principales découvertes de Brown-Séquard que j'ai pu édifier ce qu'on a bien voulu appeler la théorie nerveuse de l'hydrothérapie.

Cette théorie, que j'ai communiquée à l'Académie de médecine au mois de février 1866 est venue prendre sa place à côté de la théorie de Fleury, basée sur la révulsion, et celle des disciples de Priessnitz, basée sur la dépuration.

Je vous demande pardon, Messieurs, d'avoir abusé de votre patience. J'ai dû accompagner paternellement la méthode hydrothérapique appelée par M. Vidal à fournir un long parcours. Si je n'ai pas mis assez de vitesse en suivant le cycle qu'on lui avait tracé d'avance, c'est par sollicitude pour elle. Voilà mon excuse.

La séance est levée à 5 h. 50.

Le Secrétaire Général, F. Buret. *L'un des Secrétaires annuels,* Dr Edmond Vidal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 27 novembre 1901. — Présidence de M. Letulle.

M. Besançon vante l'eau de Javelle comme désinfectant. Une solution au 1/30 employée par les ménagères suffit en quelques heures pour tuer les microbes sporulés ; les crachats tuberculeux, même les matières fécales, sont également désinfectés.

Discussion sur l'épuration bactérienne des eaux d'égout.

M. Calmette fait le procès de l'épandage pour le traitement des eaux d'égout. Il faut des surfaces énormes : pour Paris, 12.000 hectares seraient nécessaires, les 5.000 actuels ne suffisant pas. De plus, formation de « marais » immenses, alternativement secs et humides ; enfin les flaques produites par l'épandage sont favorables aux moustiques, et l'on n'est pas sûr que l'appendicite, qui s'est développée avec tant d'intensité dans ces derniers temps, n'ait pas de corrélation avec ce procédé d'épuration. L'épuration bactérienne, si elle n'est pas appelée à remplacer complètement l'épandage, est néanmoins susceptible d'un grand avenir. Les surfaces nécessaires sont 35 fois moindres ; mais il faut prendre des précautions préalables si l'on veut que l'épuration soit bien faite ; les matières insolubles doivent être éliminées par décantation, et les matières industrielles, matières grasses, cellulose, etc., doivent l'être par des traitements chimiques, de manière à ne déverser sur les lits bactériens que des substances solubles. Le système paraît compliqué de prime abord ; mais par des expériences faites en assez grand nombre dans différentes conditions, on arrivera à une solution satisfaisante. En Angleterre, où l'on a appliqué en grand ce genre d'épuration, on a déjà obtenu des résultats très appréciables, s'ils ne sont pas encore exempts de tout reproche.

M. Henrot, ancien maire de Reims, est étonné des méfaits que M. Calmette attribue à l'épandage. A Reims, les matières vannes sont traitées par l'épandage, et jamais il n'a constaté l'existence des « marais » dont parle M. Calmette : il y a simplement des rigoles pleines d'eaux d'égout qui sont absorbées par les terres avec une grande rapidité. D'ailleurs, on ne met sur les surfaces à irriguer que la quantité de liquide nécessaire pour la culture, laquelle s'accommoderait mal des marais.

Il n'y a jamais eu de fièvre intermittente auprès des irrigations et les moustiques sont extrêmement rares.

On a essayé, à Reims, l'épuration chimique sur 4 à 5 hectares ; mais on n'a su que faire des résidus : personne n'en voulait. Et si on généralisait cette épuration, que ferait-on de l'énormité de ces résidus ? Les eaux d'égout, c'est du fumier de grande valeur ; il serait déplorable de ne pas s'en servir utilement.

Etant donnée la complication des opérations nécessaires pour faire un bon traitement par lits bactériens, l'épandage doit être continué, sauf, bien entendu, à étudier conjointement l'épuration bactérienne.

M. Calmette réplique que les boues provenant du traitement chimique sont bonnes pour l'agriculture, et que la valeur des matières grasses qu'on en a retirées est supérieure au coût du traitement chimique.

M. Bechmann ne s'explique pas que l'on critique avec tant d'acrimonie une œuvre aussi considérable que celle qui a été réalisée, à Paris, par des hommes de haute valeur, appuyés, d'ailleurs, et par le Conseil municipal de la ville, et par les votes du Parlement. Il a vu, en Angleterre, l'application du traitement bactérien, et le résultat ne lui en a pas paru bien brillant. Et jusqu'ici, l'épandage lui semble supérieur au traitement préconisé par M. Calmette. Mais il ne s'oppose nullement à ce qu'on fasse des expériences dans ce sens. Il demande également que le Parlement ne s'oppose plus au traitement des eaux d'égout par l'épandage intensif sur un sol nu, épandage qui exigerait, pour une épuration efficace, une surface de beaucoup inférieure à celle demandée par l'irrigation agricole.

M. Delafon lit un long mémoire sur le « fonctionnement automatique des lits bactériens », et passe à l'Assemblée un fascicule où le procédé qu'il préconise est décrit avec de nombreuses *figures* à l'appui.

M. Régnier fait une critique pleine d'humour du Métropolitain de Paris au point de vue hygiénique, mais il convient que quelques-uns de ses *desiderata* ont été récemment satisfaits.

A. Pujol.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 novembre 1901.

Microphtalmie congénitale.

M. Dubois de Lavigerie présente un enfant atteint de microphtalmie congénitale avec leucome total de la cornée droite.

Tarsorraphie interne.

M. Terson présente un enfant atteint depuis longtemps d'une kératite neuro-paralytique avec insensibilité totale de la cornée de l'œil droit. Son procédé de tarsorraphie qui, depuis quelques années, lui a donné des résultats très satisfaisants, a été appliqué. Il consiste à suturer les paupières sans comprendre les points lacrymaux et dans ce cas il est allé jusqu'à 4 millimètres en dehors. L'ulcération a guéri. Ce procédé a l'avantage de ne laisser si l'on veut qu'un petit pont qui permet de donner à l'œil les soins voulus. De plus, il est presque invisible, et ne gêne pas du tout la vision.

M. Terson présente un second malade atteint d'un vaste staphylome de la cornée et sur lequel il a fait une *staphylectomie*. Autrefois, il plaçait d'abord les aiguilles avant de sectionner la cornée. Mais ce procédé pouvait entraîner la luxation du cristallin ; maintenant la résection se fait en ménageant deux millimètres de cornée. Le cristallin est enlevé ainsi que les débris d'iris. Un fil muni à chaque bout d'une aiguille est passé de dedans en dehors. On a un moignon volumineux et indolore. On s'éloigne ainsi du corps ciliaire, ce qui évite l'ophtalmie sympathique et on n'opère que les yeux qui ont déjà subi une atteinte de glaucome.

M. Chevallereau fait une *kératotomie transversale* avec le couteau de Graefe, suivant le méridien horizontal, arrache l'iris, extrait le cristallin, et fait un pansement à plat. La cornée se réduit peu à peu à un petit point et on a définitivement un moignon très sphérique, très convenable pour la prothèse.

Unité de mesure de l'acuité visuelle.

M. Sulzer. L'angle de 1' représente l'unité d'acuité visuelle. On peut atteindre une moyenne d'acuité visuelle plus élevée avec la correction complète des vices de réfraction. L'autre inconvénient est de désigner par des fractions les acuités inférieures à la normale. Ceci est une exception parmi tous les procédés de métrologie. On ne prend pas pour unité de mesure de la taille et de la température, la moyenne ordinaire. Il serait bien plus rationnel de prendre comme unité une acuité visuelle faible et d'exprimer les acuités visuelles supérieures par des multiples de cette acuité. M. Sulzer propose comme unité de mesure le test-objet correspondant à l'angle visuel de 1 grade (centième partie de l'angle droit).

Il couvre à peu près l'étendue rétinienne servant à la vision centrale. C'est une limite physiologique. Les acuités supérieures seraient désignées par 2, 3, 4 grades. L'acuité visuelle désignée actuellement par 1', répondrait à 11 grades environ. Pour les acuités inférieures à 1 grade, on les désignerait par des fractions de grades, mais cette exactitude de mesure n'existe pas ; il vaut mieux continuer à noter la distance maxima à laquelle le sujet arrive à compter les doigts.

Paralysie faciale et paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires du même côté. Examen électrique.

M. Péchin. — Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, atteinte de paralysie faciale gauche complète et totale avec paralysie des mouvements associés de latéralité des globes oculaires du même côté. Cette malade est en outre hystérique, ce qui rend d'autant plus intéressante la discussion de la nature des phénomènes paralytiques. L'hystérie toutefois paraît devoir être écartée, parce que la paralysie faciale est complète, très accusée et non mobile et qu'elle a conservé ces caractères dès le début (octobre 1899) et en outre parce qu'il y a exagération de la contractilité électrique. Quant à l'hémiophtalmoplégie horizontale elle persiste aussi bien dans les mouvements volontaires que dans les mouvements réflexes et ne présente pas le caractère de systématisation que revêt l'ophtalmoplégie hystérique.

A relever le point très important suivant : la paralysie faciale a l'aspect clinique d'une paralysie d'origine périphérique, origine qui cependant ne peut être acceptée, puisqu'il y a exagération des contractilités électriques avec absence de modifications qualitatives de l'excitabilité galvanique.

Une lésion centrale ou corticale ou nucléaire ne peut davantage être admise. Au contraire, une lésion siégeant dans les tubercules quadrijumeaux ou leur voisinage rend compte également des paralysies faciale et oculaire. On peut soupçonner, en raison des antécédents personnels, la nature tuberculeuse de la lésion.

M. Kœnig. — M. Péchin a bien fait de souligner, puisqu'il s'agissait d'une hystérique, que le symptôme de dissociation de la mobilité n'existait pas et que la paralysie portait aussi bien sur les mouvements réflexes que sur les mouvements volontaires.

J'ai observé plusieurs cas de paralysie conjuguée unilatérale chez des hystériques, mais cette paralysie n'était qu'apparente, et en réalité elle ne portait que sur les mouvements volontaires, tandis que les mouvements réflexes, automatiques, étaient normaux. Il faut toujours avoir présente à l'esprit cette distinction quand le diagnostic ne l'impose pas, sinon on s'expose à de grosses erreurs d'interprétation.

J'ai mis ce fait en lumière pour l'ophtalmoplégie externe totale, mais cette dissociation de la mobilité se retrouve tout aussi bien pour les mouvements associés de latéralité.

Kœnig.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Cinquième session. — Première séance (24 octobre 1901).

Suite (1).

M. Pousson n'a opéré que seize malades atteintes de rein mobile, et cependant il en vu un très grand nombre. Il n'est intervenu, en effet, que chez les sujets dont les symptômes paraissaient en relation directe avec la néphroptose. C'est là un point de diagnostic pathogénique capital au point de vue de l'indication opératoire, et particulièrement délicat en dehors des cas où il existe des altérations anatomiques et fonctionnelles du rein, encore que dans ces cas mêmes la guérison n'est pas toujours obtenue après la néphropexie, car, chez certaines prédisposées, le déplacement du rein crée un état névropathique qui persiste à la simple réintégration de l'organe dans sa loge et s'aggrave même.

Étant donnés les insuccès fréquents de la simple néphropexie dans les formes dyspeptique et névropathique, M. Pousson se demande s'il ne conviendrait pas, au cours de l'opération, dans laquelle l'attention doit toujours se porter sur le pédicule du rein, afin de vérifier le mode d'abouchement de l'uretère et du bassinet et l'état des vaisseaux, de profiter de ce temps opératoire pour élonger les nerfs du plexus rénal et agir à distance sur le plexus solaire. Les excellents résultats que M. Jaboulay a obtenus dans les grandes névralgies pelviennes et autres syndromes douloureux des viscères abdominaux et même des membres par une intervention sur les fibres sensitives du grand sympathique ouvrent une voie nouvelle à la thérapeutique de l'ectopie rénale compliquée.

Pyélonéphrites dans le rein mobile.

M. Albarran. — M. Albarran a, le premier, appelé l'attention, en 1895, sur cette complication fréquente du rein mobile. Il a pu observer un grand nombre de malades chez qui l'infection rénale évolue sans grand fracas, à peine marquée par son peu d'élévation de température, quelques douleurs et des urines troubles. D'autres fois (M. Albarran donne 4 observations), la pyélonéphrite aiguë détermine un état général grave avec fièvre à grandes oscillations dépassant 40°.

(1) Voir *Progrès médical* n° 14 p. 281

Dans ces cas aigus, il ne faut pas s'empresser d'opérer, parce que la néphrostomie, ne s'adressant pas à une collection de pus, mais bien à un rein malade dans tout son parenchyme, ne donne pas beaucoup de chances de succès ; l'opération hâtive ne permettra, en outre, pas de s'inquiéter des lésions urétérales, qui existent souvent. Le mieux est d'instituer un traitement médical (sérums, diurétiques, révulsifs), qui réussit fort bien dans les quatre malades traités, et d'attendre la cessation de la crise. Lorsque depuis vingt ou trente jours la fièvre a disparu, on préviendra le retour de nouvelles crises en pratiquant la néphrorrhaphie ; l'opération ainsi faite est simple et donne d'excellents résultats.

M. Duret (de Lille). — Je me propose, aujourd'hui, d'établir : 1° que les *processus anatomiques* de la *fixation du rein*, dans les *néphropexies expérimentales*, et dans les néphropexies chez l'homme, créent un état définitif de fixation du rein, si elles sont bien faites : 2° que les résultats cliniques éloignés des néphropexies ont des résultats satisfaisants en clinique, si on n'obéit qu'à des indications précises et justifiées. Sur le premier point, pour acquérir la conviction, il suffit de se reporter aux expériences de Vaneufville. Chez les chiens, dont le rein est doué naturellement d'une certaine mobilité, il constate après la néphropexie *méthodique*, la fixité du rein qui ne peut se déplacer dans aucun sens à cause de la formation d'un *pédicule fibreux* qui s'implante sous la paroi lombaire, au niveau de l'*incision* opératoire, et tellement résistant qu'en cherchant à détacher le rein, on entraîne avec lui la pièce anatomique, soit d'une *lamelle fibreuse* d'un centimètre et demi à deux centimètres, formée par le feuillet postérieur de la capsule adipeuse du rein et de deux ou trois *ligaments fibreux conoïdes*, qui attachent le rein aux vertèbres et à la dernière côte. — Un examen anatomique, pratiqué après une néphropexie, montre, d'après le fait cité par M. Duret, *qu'il en est de même chez l'homme*. Chez une femme, morte de tuberculose cinq mois après une opération de ce genre, dont l'observation est relatée en détail, on trouva un *ligament membraniforme* de six centimètres de hauteur et deux centimètres d'épaisseur.

Il se prolongeait jusqu'au pôle supérieur de l'organe, et adhérait fortement au corps des 1re, 2e et 3e vertèbres lombaires, ainsi qu'au disque correspondant, et à la 12e côte. En saisissant le rein à pleines mains, on pouvait soulever toute la pièce anatomique du poids de 3 kilogrammes. Ces résultats étaient fort importants à une époque où on ne connaissait rien des faits anatomiques relatifs aux pexies. Le premier cas d'hystéropexie, en France, a été relaté, en 1888, par le Pr Terrier.

Sur le second point (résultats éloignés des néphropexies et clinique chirurgicale), M. Duret rapporte des faits très intéressants, il n'a pratiqué qu'un petit nombre de sutures du rein, une douzaine environ. C'est qu'il a choisi les cas : néphroptoses complètes, l'organe pouvant être circonscrit par le palper, traumatique ou autre, avec ou sans hydronéphroses intermittentes. Il n'intervient pas dans les entéroptoses généralisées, selon les descriptions de Glénard. Dans les quelques cas qu'il rapporte, les malades ont été revus trois, cinq, sept et douze ans après l'intervention. La fixation du rein a *persisté* — et les résultats ont été *complets au point de vue fonctionnel*. Il tire cette conclusion que les *néphropexies bien faites* (par double ponction de la capsule adipeuse, et par des fils attachés à la douzième côte et traversant la capsule propre, et un peu le parenchyme du rein), ont des effets absolument durables.

Rein mobile et névralgie rénale.

M. Desnos (de Paris). — Les indications opératoires du rein mobile, bien restreintes aujourd'hui, subsistent cependant lorsque, à côté des douleurs vives ayant le rein pour siège précis, se joint une mobilité rénale, et surtout lorsque ces symptômes disparaissent par le repos et le retrait de la glande dans sa loge. Ces symptômes existaient chez une femme de 25 ans et étaient portés à un degré d'intensité extrême. Je lui fis une néphropexie au mois d'avril 1899 et les douleurs diminuèrent pendant les trois semaines qu'elle garda le lit : mais elles reparurent après et augmentèrent peu à peu à un point tel que, huit mois après, elle venait me demander de lui enlever son rein. Celui-ci paraissait être devenu très gros et je crus à un échec de la néphropexie, à une mobilisation nouvelle et à une coudure de l'uretère produisant l'hydronéphrose. Je me décidai donc à intervenir de nouveau et je me dirigeai vers la masse volumineuse que j'avais sentie à travers les téguments, laquelle n'était autre que le foie abaissé et mobilisé. Le rein, au contraire, était resté solidement fixé dans sa loge. Devant la nature bien nettement rénale des douleurs et leur violence, je me décidai à enlever néanmoins l'organe. Les suites opératoires furent excellentes et les douleurs disparurent. Il persiste une certaine sensibilité abdominale, mais diffuse et d'un caractère tout différent, qu'explique la névropathie de la malade.

Rein mobile. Pathogénie et traitement.

M. Tédenat (de Montpellier). — Très fréquent, mais souvent latent et sans manifestations néphralgiques. Je l'ai trouvé dans la proportion de 15 p. 100 chez la femme, de 5 p. 100 chez l'homme. Pour 120 cas à droite, 4 à gauche, dont 2 par adhérences néphro-coliques dues à des accidents antérieurs de colite.

Causes prédisposantes. Une laxité anormale des tissus particulière aux neuro-arthritiques. On a voulu y voir un stigmate de dégénérescence, mais il faut pour cela agrandir, au-delà de toute mesure raisonnable, le cadre de la dégénérescence. La laxité anormale des tissus est ordinairement liée à un développement imparfait de l'appareil vasculaire ayant pour manifestation l'hypoazoturie, des migraines, des accidents pseudo-brigthiques, du pseudo-rhumatisme toxinique. La diminution de la courbure lombaire, en diminuant la profondeur de la loge rénale, les grossesses répétées, l'action du corset, ont une influence certaine. Les affections utéro-ovariennes par des adhérences surtout par la dystrophie générale qu'elles déterminent sont facteurs du rein mobile. Elles sont aussi et surtout une occasion de le rechercher. La ptose rénale fait souvent partie d'une ptose viscérale plus ou moins générale : les deux dépendent d'une même cause, mais parfois le rein est attiré par les viscères ptosés. C'était très net dans les deux cas où j'ai vu le rein gauche abaissé par ces adhérences néphrocoliques. Contre les reins indolores, la ceinture de Glénard doit être conseillée, surtout s'il y a un certain degré d'entéroptose. La sangle de Glénard est mieux supportée et aussi efficace que les ceintures à pelotes. Il faut toujours commencer par l'usage de la sangle dans les cas de rein mobile se manifestant par des douleurs vagues, des accidents neurasthéniques. On en obtient des résultats excellents dans la plupart des cas, surtout quand il y a entéroptose accentuée. Il va sans dire qu'une hygiène convenable, que le massage abdominal et général, ne devront pas être négligés. Chez beaucoup de ces malades, le traitement lacto-végétarien rend de très grands services, en réduisant au minimum la toxi-hémie.

La néphropexie est rarement indiquée chez les malades néphro et entéroptosiques. Il faut pourtant s'y décider, malgré la ptose générale, lorsque les douleurs semblent dépendre des phénomènes de rétention rénale par coudure de l'uretère. On évite ainsi les dangers d'hydronéphrose permanente.

Du rein mobile et douloureux dans ses rapports avec la colique néphrétique.

M. Galland-Gleize (de Vittel.) — Des faits assez nombreux déjà que nous avons observés nous croyons pouvoir tirer les conclusions : 1° les auteurs n'ont pas assez insisté sur la fréquence beaucoup plus grande qu'on le croit en général, des crises douloureuses qui apparaissent au cours du rein prolabé et mobile dont la physionomie, les allures et la marche ressemblent singulièrement à celles de la colique néphrétique calculeuse la plus franche, et qui sont cependant complètement indépendantes de la lithiase urinaire ; ces crises ne sont jamais accompagnées, en effet, d'aucun trouble notable de la miction : jamais avant, ni pen-

dant, ni après les accès, on n'a constaté de sang, de graviers ou de sables dans les urines. 2° Ils ne nous paraissent pas avoir établi une distinction suffisamment précise entre les divers états douloureux qui traversent, comme un épisode aigu, le cours du rein prolabé et mobile. Ils ont eu surtout en vue l'hydronéphrose intermittente. Or les faits que nous avons observés ont une physionomie qui les distingue assez nettement des accès douloureux dus à l'hydronéphrose. Chez aucun de nos malades, en effet, nous n'avons pu constater de troubles vraiment notables de la fonction urinaire au cours de l'accès. Il n'y a eu ni anurie, ni oligurie. A la palpation, le rein ne nous a jamais paru augmenté de volume. En aucun cas, nous n'avons vu ces « débâcles urinaires amenant la disparition de la tumeur et de la douleur » qui sont le fait de l'hydronéphrose aiguë intermittente. Par tous ces caractères, les accidents que nous avons relatés se distinguent donc nettement des crises dues à l'hydronéphrose. En somme, c'est par une étude approfondie des antécédents du malade, c'est par une enquête minutieuse sur l'état exact de la fonction urinaire, c'est par un examen soigneux des qualités de l'urine au moment des accès douloureux, après ceux-ci et dans leur intervalle, c'est enfin, par une exploration attentive et méthodique de la région rénale, que le médecin parviendra à établir le diagnostic exact et raisonné des accidents en présence desquels il se trouve, et à éliminer toutes les causes d'erreur. Quelle est maintenant l'explication à donner de ces crises douloureuses ? Nous n'en avons pas de meilleure à proposer que celle qui a été indiquée par Tuffier, et c'est à cet auteur que nous renvoyons. Quant au traitement qui leur est applicable, il n'est autre, bien entendu, que celui du prolapsus rénal à l'occasion duquel elles ont fait leur apparition.

M. Carlier (de Lille). Quoique ayant observé un grand nombre de reins mobiles, n'a pratiqué que huit néphropexies. Il ne croit pas que le rein mobile soit un stigmate de dégénérescence, car on ne comprendrait pas que cette maladie frappât presque uniquement le sexe féminin, et qu'on trouvât si rarement, parmi tant de malades atteintes, d'autres signes de dégénérescence. Pour lui, l'influence de la menstruation est indubitable ; aussi rencontre-t-on le rein mobile surtout à l'époque de l'activité génitale. Les reins mobiles douloureux ne s'observent guère chez les vieilles femmes, parce que la menstruation n'influence plus le rein mobile. M. Carlier a toujours employé du catgut fort pour ses néphropexies, en ayant soin de fixer le rein à la dernière côte, sans s'inquiéter de la plèvre, à travers laquelle on peut impunément passer l'aiguille. Il ne lui paraît pas douteux qu'un rein fixé par une opération redevienne ensuite légèrement mobile, et c'est heureux : car le léger allongement des adhérences permet au rein de subir l'influence de la respiration. Normalement, le rein est un peu mobile ; il est tout naturel qu'après l'opération il redevienne un peu mobile, comme le sont tous les organes abdominaux. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie humaine, par Poirier et Charpy. (Masson et Cie, éditeurs.)

Le premier fascicule du tome V de ce *Traité*, contient l'étude de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme et de la femme.

L'appareil urinaire est étudié par MM. Glantenay et Gosset, dont les recherches sur l'anatomie des voies urinaires sont connues de tous et par M. Paul Delbet, qui déjà avait fait une thèse fort intéressante sur la vessie. M. Pasteau a su clairement exposer la description de l'appareil génital de l'homme. Enfin, avec son talent habituel, M. Rieffel, le chef des travaux anatomiques à la Faculté, a étudié l'appareil génital de la femme ; extrêmement documentée, cette dernière partie du traité se recommande tout particulièrement par sa remarquable clarté d'exposition, par la présence de superbes planches, les unes empruntées aux meilleurs anatomistes français et étrangers, les autres personnelles, enfin par ce je ne sais quoi de particulier qui fait qu'à l'œuvre on reconnaît l'auteur. Nous ne saurions trop recommander à tous les étudiants le *Traité d'anatomie humaine* de MM. Poirier et Charpy, parce que, à notre avis, il est sans conteste ce qu'il y a actuellement de meilleur.

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par Le Dentu et Delbet. Tome X. (J.-B. Baillière et fils.)

Avec ce tome X, qui est en 2 fascicules, le traité de chirurgie clinique et opératoire, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, est au complet.

La première partie est consacrée à l'étude des affections de la glande séminale ; elles sont traitées avec une parfaite compétence et un sens critique remarquable par M. Sébileau, qui depuis plusieurs années d'ailleurs a approfondi la question et publié plusieurs articles sur ce sujet. Les organes génitaux de la femme sont étudiés par M. Pichevin, par M. le professeur agrégé Schwartz pour l'utérus, par MM. Le Dentu et Bonnet pour les annexes. Enfin, la dernière partie de l'ouvrage traite des affections des membres et c'est M. Mauclaire qui, avec son érudition habituelle, les étudie. En somme, nous ne pouvons que répéter à la fin de l'ouvrage ce que nous avons constaté pour chacune de ses parties constituantes. Le partage du travail a été fait avec un rare et merveilleux talent, si bien que nous trouvons toujours à la tête des nouveaux chapitres le nom tout désigné par les travaux antérieurs et la compétence toute spéciale de l'auteur : c'est là un des plus grands mérites de ce Traité. Schwartz.

Chirurgie du foie et des voies biliaires, par F. Terrier et M. Auvray. (F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Ce volume de 316 pages, avec 50 figures, résume les travaux antérieurs déjà parus sur ce sujet, ainsi que les idées particulières des auteurs sur cette branche de la chirurgie. On peut y étudier avec le plus grand profit les traumatismes du foie et des voies biliaires, les corps étrangers intrahépatiques, le foie mobile et son traitement chirurgical, les tumeurs du foie, et celles des voies biliaires. Les observations sont résumées en tableau et donnent à l'ouvrage un intérêt documentaire. Les questions opératoires sont longuement développées, mais on y trouve aussi des aperçus historiques et des notions cliniques d'un réel intérêt. Une bibliographie très soignée termine chaque chapitre. C'est dire que le présent ouvrage ne fait pas double emploi avec le très important travail de Pantaloni consacré également à la chirurgie du foie et paru il y a quelques mois. L. L.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains

M. LE Dr ALBERT JOSIAS

Membre de l'Académie de Médecine

M. le Dr Albert Josias, médecin de l'hôpital Bretonneau, qui vient d'être élu à l'Académie de Médecine dans la section d'hygiène, est un des rares médecins des hôpitaux de Paris qui ait dirigé ses études dans la voie pratique et importante de la médecine publique.

Externe des hôpitaux en 1874, interne en 1876, il fut, en 1878, préparateur du cours de médecine légale à la Faculté. En 1881, il soutenait une intéressante thèse de doctorat sur *la Fièvre typhoïde chez les personnes âgées* (1), dont il avait recueilli les éléments à l'hôpital Tenon dans le service du Dr H. Rendu. Une fois docteur, il devenait chef de clinique médicale à la Charité et occupait le poste de médecin adjoint du Dépôt des condamnés, fonction qu'il abandonna en 1884 pour devenir médecin en chef de l'Infirmerie centrale des Prisons de la Seine. Il assura à ce nouveau poste le service durant l'épidémie de choléra de 1884 et l'épidémie de variole de 1887. Nommé en 1887 le premier au concours, médecin du bureau central, il abandonna l'Infirmerie des prisons et fut successivement médecin à la Pitié, à l'ancien hôpital Trousseau et enfin à Bretonneau. Inspecteur du service de vérification des décès de 1885 à 1893, M. Josias est à

(1) Publication du *Progrès médical*, 1881.

l'heure actuelle médecin consultant de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

M. Josias remplit, en outre, de très multiples fonctions publiques où ses connaissances d'hygiéniste pouvaient rendre son concours des plus utiles. Contentons-nous de rappeler qu'il fut, de 1886 à 1896, membre de la commission d'hygiène du VIIIe arrondissement; qu'il fut chargé par la Préfecture de la Seine d'inspecter, de 1889 à 1892, les établissements sanitaires de Paris : qu'il fit partie de la commission d'assainissement et de salubrité de l'habitation, du Conseil d'hygiène de la Seine, du Comité départemental et du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge ; qu'il fut délégué par le Gouvernement au Congrès de médecine de Berlin, en 1891, au Congrès d'hygiène de Londres, par la Ville de Paris, la même année. Il fut encore membre du Comité d'admission de l'Exposition de 1900, délégué du Conseil d'hygiène au Congrès contre la tuberculose de Naples (avril 1900), et à celui de Londres (juillet 1901).

Dans toutes ces fonctions, M. Josias sut mériter la confiance des pouvoirs publics, sans négliger les travaux purement scientifiques. Lauréat de la Faculté (1882), il avait obtenu en 1881 le prix Godard de l'Académie de médecine, pour un mémoire sur les *gommes scrofuleuses*, en collaboration avec M. Brissaud, et en 1884, on lui décernait le prix Desportes pour ses *recherches sur le traitement de la gale et de l'Acarus par le naphtol β*. Il fut successivement nommé officier de l'Instruction publique et chevalier de la Légion d'honneur.

Nous ne pouvons énumérer ici les très nombreux travaux de M. Josias ; ils consistent surtout en rapports sur des questions d'hygiène qui lui étaient officiellement soumises ou en communications aux nombreuses sociétés dont il a fait partie (Société de clinique de Paris, Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, Société médicale des hôpitaux, Société de thérapeutique qu'il présida en 1897, Société de dermatologie et de syphiligraphie, Société anatomique, Société de médecine légale de France. Société de Pédiâtrie, Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie). Nous nous contenterons de signaler ses travaux d'hygiène *sur les nouvelles institutions municipales d'hygiène à Paris*, où il expose la part qu'il prit au perfectionnement des stations de désinfection et de voitures d'ambulances dès leur fondation à Paris (1889) : les relations qu'il publia sur diverses épidémies ; un travail sur *la crémation à Paris* (*Médecine moderne*, 1893), etc., etc.

En médecine infantile, M. Josias étudia plus particulièrement la rougeole et communiqua à l'Académie de Médecine, le 8 mars 1898, ses *Recherches expérimentales sur la transmissibilité de la rougeole aux animaux*. Il étudia *l'action du serum de Marmoreck sur les complications de la scarlatine* ; fit, avec M. J.-C. Roux, des *recherches sur le traitement de la tuberculose chez les enfants par le suc musculaire* (1901) ; écrivit l'article du *traité de Thérapeutique appliquée* d'Alb. Robin sur le *traitement du lymphatisme et de la scrofule*. On lui doit en outre, une *Thérapeutique infantile* en 2 volumes (O. Doin, édit. 1896).

Outre ces importants travaux sur la médecine infantile, M. Josias a publié de nombreux mémoires ou articles sur des sujets médicaux divers ; signalons, parmi les plus importants, un travail sur le *Reflexe tendineux dans le choléra* (*Progrès médical*, 1884) et un article sur la *transmission de la syphilis par le tatouage* (*Progr. méd.*, 1877.)

Malgré ses nombreuses fonctions. M. Josias se consacra, à partir de 1897, à l'enseignement et fit régulièrement des conférences cliniques à l'hôpital Trousseau ; il collabora activement durant de longues années au *Progrès médical* dont il fut un des collaborateurs les plus distingués. Aussi est-ce pour nous un agréable devoir que d'annoncer ici l'élection à l'Académie de ce médecin savant et laborieux. J. N.

DUELS ENTRE MÉDECINS. — Un conseil de guerre à Kiel a condamné le médecin militaire Bergmann, à trois mois de forteresse pour avoir grièvement blessé son adversaire, le Dr Bolten, de Husum. Il y a eu trente-deux reprises et le Dr Bolten a été grièvement blessé cinq fois à la figure et une fois au bras. (*Le Temps.*)

VARIA

LES EPIDEMIES.

La variole. — Marseille, 30 novembre. — Lundi matin, le paquebot *Aquitaine* arrivait de Buenos-Ayres et rentrait au Frioul avec 1.050 émigrants italiens, dont 150 enfants en bas âge. En cours de route, une épidémie de variole s'étant déclarée, 60 enfants en furent atteints et 8 décès se produisirent. Le paquebot est resté 48 heures au Frioul, où 4 nouveaux décès sont survenus et 2 autres enfants sont morts depuis l'entrée à Marseille. Afin d'éviter tout danger de la propagation de la maladie, on a transporté les émigrants sur des paquebots à destination de Gênes et Naples, sans les laisser toucher terre. Il reste encore à bord de l'*Aquitaine* 12 petits malades et une femme atteinte de typhoïde. L'administration municipale s'oppose au débarquement de ces malades. (*La Nouvelle Presse.*)

Un impérieux devoir s'impose à M. le Dr Flaissières, maire de Marseille ; c'est par tous les moyens possible de faire procéder à la revaccination de ses administrés. La revaccination est une des réformes sociales.

A Londres, l'épidémie de variole continue à augmenter. Le 2 décembre, quatre cent cinquante-huit cas étaient en traitement ; vingt-huit nouveaux cas ont été contatés le 3 décembre 1901.

La peste. — La *Morning Post* annonce qu'un cas de peste a été signalé parmi les passagers du steamer *Peninsular*, qui a été mis en quarantaine à Gravesend.

La mort de Mac-Kinley

L'incertitude qui règne au sujet de la véritable cause de la mort du président Mac-Kinley continue à exercer la sagacité des chercheurs. Les explications les plus variées se donnent libre cours dans les journaux médicaux d'Outre-Mer ; on a successivement invoqué le shock opératoire, la contusion du cœur, l'empoisonnement par les ptomaïnes, l'empoisonnement de la balle, la blessure du pancréas et autres hypothèses, dont aucune ne peut être soutenue avec quelque raison. En réalité, la question, au lieu de s'élucider, n'a fait que s'obscurcir. « Il est mort, parce qu'il a cessé de vivre » pourrait dire un Molière pour mettre d'accord les chercheurs.

Cependant, parmi les renseignements fournis par l'autopsie, le journal *Northwestern Lancet* (1er octobre 1901) attire l'attention sur ce fait que les reins présentaient le type du petit rein rouge et contracté, et notre confrère américain se demande si la mort du Président ne devrait pas être attribuée à une insuffisance rénale. La rapidité du pouls et la fréquence des mouvements respiratoires, ainsi que l'état graisseux du cœur, cadreraient assez bien avec cette explication. P. RELLAY.

Rétablissement de la torture.

A propos de l'électrocution de l'assassin du président Mac Kinley, le *Rappel de l'Eure* publie un article du Dr Dupouy (d'Auch) qui se termine ainsi :

> La question scientifique étant résolue, il ne serait peut-être pas inutile de demander à la philosophie la solution du problème relatif au meilleur moyen légal pour se défendre contre les criminels. Ce moyen, préconisé depuis longtemps par de hautes notabilités médicales françaises, pourrait consister dans la suppression de la peine de mort, remplacée par la *castration*, la *privation de la vue* et la *détention perpétuelle*. Mais cette réforme pénale ne ferait sans doute pas l'affaire des assassins, qui veulent poser en martyrs. Est-ce vrai ?

Nous savions que, depuis plusieurs siècles, il s'est succédé une série de médecins qui se sont efforcés de montrer que les possédés, les sorciers, les aliénés étaient des malades et qu'il fallait non les brûler mais les isoler et les soigner. C'est aussi en partie à eux que l'on doit l'atténuation des peines, l'abolition de la torture. Il paraîtrait, au dire du Dr Dupouy, que cette tradition humaine ne serait plus de mode et que des « notabilités médicales » oubliant leur rôle d'humanité, préconiseraient le rétablissement de tortures abominables : la castration — bien inutile pour des malheu

reux, le plus souvent des *malades*, condamnés à la détention perpétuelle, et la privation de la vue. Nous ne pensions pas qu'il y avait des bourreaux parmi les médecins. Quant aux « notabilités médicales », qui ont conseillé des peines aussi sauvages, nous serions heureux de connaître leur nom.

« A propos de l'exécution de Czolsgoz, écrit notre ami G. Clémenceau dans le *Bloc* du 10 novembre, on n'a pas manqué d'agiter une fois de plus le problème des mérites comparés de la corde, de la guillotine, de l'électrocution.

« Sollicité de donner son avis,le célèbre criminologiste italien, Lombroso, s'est prononcé « pour l'emploi de gaz provoquant l'asphyxie au milieu d'hallucinations agréables, tels, par exemple, le chloroforme et l'éther. Point de préparatifs, et l'individu part pour l'autre monde sans s'en apercevoir. »

« C'est à souhaiter d'être exécuté.

« Pour parler sérieusement, quelle dérision que ce débat macabre sur le moyen le plus philanthropique de donner la mort ! Qui force à poser le problème ! Pourquoi tuer ? » — C'est absolument notre avis.

L'accident de l'hôpital Lariboisière

La 9e chambre de la cour, jugeant correctionnellement, vient, sous la présidence de M. Laroze, de statuer sur l'appel formé par la surveillante de Lariboisière, et le directeur de l'hôpital contre le jugement de première instance qui les avait condamnés, la première à deux mois de prison, le second à quinze jours, tous deux avec bénéfice de la loi Bérenger, à raison de l'accident survenu à l'hôpital Lariboisière.

On se rappelle qu'il s'agit de lavements administrés au chlorure de zinc par l'infirmière, erreur qui coûta la vie à une malade et entraina de graves indispositions chez plusieurs autres. L'infirmière fut condamnée à trois mois de prison, également avec sursis. Elle avait accepté cette condamnation.

La cour, jugeant sur l'appel de la surveillante et du directeur, assistés de Mes Charles Comte et Félix Decori, a décidé que l'infirmière seule pouvait être tenue pour responsable ; elle constate dans son arrêt qu'une des cruches — celle où avait puisé l'infirmière — porte l'inscription : « chlorure de zinc » encore suffisamment apparente pour que la cour ait pu la lire, et que, dès lors, c'est à l'inadvertance seule de l'infirmière que l'erreur était imputable.

Elle a, en conséquence, acquitté la surveillante et le directeur, à qui elle estime qu'aucun reproche ne peut être, de ce chef, adressé. (*Le Temps* du 14 novembre 1991).

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab par jour.

FORMULES

XXIV. — Contre l'insomnie.

Paraldéhyde	2 gr.
Teinture de vanille	XX gouttes.
Sirop de laurier-cerise	30 gr.
Eau de tilleul	70 —

A prendre en deux ou trois fois.

Actes et Thèses de la Faculté.

Examens. — Lundi 9. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*). Oral. (a. r.) MM. Reclus, Walther, Wallich. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). MM. Terrier, Legueu, Gosset. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Fournier, Bezançon, Legry.

Mardi 10. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (n. r.) MM. Cornil, Mery, Guiart. — 3e *de Doctorat.* (1re *Série*).(1re *partie*). Oral. (n. r.) MM. Berger, Budin, Thierry. — 3e *de Doctorat.* (2e *Série*). (1re *partie*). Oral. (n. r.) MM. Le Dentu, Quenu, Bonnaire. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). MM. Pozzi, Schwartz, Hartmann. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (1re *Série*). MM. Dieulafoy, Vaquez, Renon. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). (2e *Série*). MM. Raymond, Gouget, Jeanselme.

Mercredi 11. — *Médecine opératoire.* MM. Lannelongue, Jalaguier, Cuneo. — 2e *Définitif. Officiat.* MM. Gley, Widal, Walther. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*). Oral. (n. r.). MM. Kirmisson, Poirier, Potocki.

Jeudi 12. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (n. r.) MM. Cornil, Charrin, Chassevant. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*). Oral. (n. r.) MM. Guyon, Poirier, Potocki. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*). Oral. (a r.) MM. De La Personne, Hartmann, Demelin. — 4e *de Doctorat.* MM. Proust, Wurtz, Desgrez.

Vendredi 13. — 2e *de Doctorat.* MM. Ch. Richet, Retterer, Richaud. — 4e *de Doctorat.* (n. r.) MM. Pouchet, Netter, Gaucher. — 5e *de Doctorat. Chirurgie.* (1re *partie*). MM. Delens, Broca (Aug.), Gosset. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*). MM. Hayem, Wurtz, Teissier. — 5e *d'Obstétrique.* (1re *partie*). MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi 14. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (n. r.) MM. Raymond, Chantemesse, Guiart. — 2e *de Doctorat.* MM. Mathias-Duval, Langlois, Broca (André). — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). (a. r.) MM. Charrin, Achard, Launois. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). Oral. (n. r.) MM. Joffroy, Hutinel, Gouget. — 5e *d'Obstétrique.* (1re *partie*). MM. Budin, Demelin, Potocki.

Thèses. — Mercredi 11. — MM. Chevreux. De l'embolie pulmonaire tardive à la suite d'hystérectomies pour fibromes utérins. — Mélikian. Etude clinique sur l'appendicite à forme néoplasique. — Merle. Occlusion de l'artère poplitée par rupture de ses tuniques interne et moyenne. — Maurin. L'emploi des rayons de Rœntgen par le médecin de campagne. — Stepinski. Des épulis.

Jeudi 12. — Papillon. Tuberculose et prophylaxie : réglementation et desiderata. — Halgan. L'hypnotisme devant la loi. — Sée. Hématémèses névropathiques.—Slatineano. Septicémie expérimentale par le xocco-bac. de Pfeiffer. Essai d'immunisation. — Raffier. Contribution à l'étude des pelvi-péritonites puerpérales. — Rougier. L'anémie des nourrissons dyspeptiques.

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 17 novembre au samedi 23 novembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,018 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 422, illégitimes 132. Total 554. — *Sexe féminin* : légitimes, 359, illégitimes, 105. Total, 464.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 17 nov. au samedi 23 novem. 1901,les décès ont été au nombre de 1019, savoir : 570 hommes et 449 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 8, T. 9. — Rougeole : M. 1, F. 7, T. 8. — Scarlatine : M. 0, F. 4, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4. — Diphtérie et Croup : M. 7, F. 13, T. 20. — Grippe : M. 1, F. 2, T. 3. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 3, F. 2, T. 5. — Tuberculose des poumons : M. 119, F. 85, T. 204. — Tuberculose des méninges : M. 10, F. 11, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 4, T. 11. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 21, F. 34, T. 55. — Méningite simple : M. 5, F. 7, T. 12. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 41, F. 23, T. 64. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 34, T. 65. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 4, T. 14. — Bronchite chronique : M. 18, F. 10, T. 28. —Pneumonie : M. 21, F. 25, T. 46. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 70, F. 33, T. 103. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 2, F. 2, T. 4 ; autre alimentation : M. 21, F. 8, T. 29. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 5, F. 0, T. 5. — Hernies, obstruction intestinale : M. 2, F. 3, T. 5. — Cirrhose du foie : M. 5, F. 8, T. 13. — Néphrite et mal de Bright : M. 9, F. 9, T. 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M. 0, F. 1, T. 1. — Septicémie

puerpérale (fièvre,péritonite,phlébite puerpérale) : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 16, F. 18, T. 34.—Débilité sénile : M. 13, F. 26, T. 39. — Morts violentes : M. 20, F. 9, T. 29. — Suicides : M. 7, F. 3, T. 10. — Autres maladies : M. 85, F. 47, T. 132.— Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 11, T. 20.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 22, illégitimes, 21. Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 13, illégitimes, 14. — Total : 27.

Corps de santé.— Nominations. — Par décret du 28 novembre 1901, ont été promus dans le corps de santé de la marine. — *Au grade de médecin en chef de 2e classe.* — MM. Chevalier, Couteaud et Duval, médecins principaux.—*Au grade de médecin principal.* — MM. Pungier, Deblenne et Quédec, médecins de 1re classe. — *Au grade de médecin de 1re classe.* — MM. Mourron et Margue, médecins de 2e classe.

Par décret de même date, M. Dupont, médecin en chef de 1re classe a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Rochefort.

Société Maternelle parisienne la pouponnière. — Encouragée par de hautes personnalités, la *Pouponnière*, qui avait traversé il y a quelques mois une crise financière, peut désormais poursuivre son œuvre : son but est d'élever les nourrissons que les parents ne peuvent élever chez eux.

Les nourrissons, élevés au sein pendant les premiers mois, sont acceptés dès la naissance et gardés jusqu'à deux ans.

M. le Dr R. Raimondi, faisant un examen journalier des enfants, et attaché à l'Etablissement, contrôle les pesées hebdomadaires. Les enfants sont admis aux prix de revient, : soit : 75 fr. de 1 jour à 6 mois ; 65 fr. de 6 mois à 1 an ; 55 fr. de 1 an à 2 ans.

Les frais de médecins et les médicaments sont compris dans ces prix. — Adresser les demandes d'admission, par écrit, au comité de la Pouponnière, dont le siège social est à Paris à la mairie du VIIe arrondissement, 116, rue de Grenelle.

Asiles d'aliénés. — *Mouvement* de novembre 1901 : M. Denizet, directeur à l'asile de Maréville, nommé en la même qualité à l'asile de Marseille ; — M. Bresson, directeur à l'asile de Marseille, nommé en la même qualité à l'asile de Maréville : — M. le Dr Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés ; — M. le Dr Viallon, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), nommé médecin en chef dans le même établissement, en remplacement de M. le Dr Pierret, retraité ; — M. le Dr Papillon, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse). nommé médecin-adjoint à l'asile de Bron, en remplacement de M. le Dr Viallon ; — M. le Dr Castin (Concours de Paris), nommé adjoint à Montdevergues (Vaucluse), en remplacement de M. le Dr Papillon, nommé à Bron (Rhône) ; — M. Bonnier, directeur de l'asile d'aliénées de Maison-Blanche (Seine-et-Oise), nommé directeur de la Maison nationale de Charenton en remplacement de M. Strauss, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire de cet Etablissement ; — M. Druon, directeur de l'Institution nationale des Sourdes-Muettes de Bordeaux, nommé directeur de l'asile d'aliénées de Maison-Blanche, en remplacement de M. Bonnier, appelé à d'autres fonctions ; — M. le Dr Dupain, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise) promu à la 2e classe du cadre ; — M. le Dr Terrade, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne), nommé à la 1re classe du cadre ; — M. le Dr Maupaté, médecin-adjoint à Bailleul, nommé directeur-médecin à l'asile de Naugeat, en remplacement de M. le Dr Doursout, admis à faire valoir ses droits à la retraite : — le Dr Coulon, médecin-adjoint à l'asile de Clermont, promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le *Concours de l'Internat en médecine* s'est ouvert le 2 décembre. Le jury est composé de MM. Féré, président ; Besançon, Blin, Dagonet, A. Marie, Picqué, Vallon. L'épreuve écrite a eu lieu le 2 décembre. Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : 1° *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche.* 2° *Fracture du tibia compliquée de plaies.* — Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes : Symptômes intestinaux et complications intestinales de la fièvre typhoïde ; Insuffisance aortique ; symptômes et diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale aiguë : Luxations récentes de l'épaule en avant.

Laicisation des hôpitaux de Reims. — Le conseil municipal de Reims a émis un avis défavorable à la demande d'autorisation demandée par les congrégations suivantes : oratoire de Saint-Philippe de Néri, frères capucins, dames auxiliatrices du Purgatoire, de l'Adoration réparatrice, sœurs de l'Enfant-Jésus, et a invité le Parlement à refuser l'autorisation à toutes les congrégations indistinctement.

Le même conseil, « prenant acte que les sœurs hospitalières de l'hôpital général et de la maison de retraite, non autorisées, n'ont pas demandé l'autorisation dans les délais légaux et les considérant comme dissoutes », a voté la *laïcisation immédiate de ces établissements* (*Le Temps* du 24 novembre 1901).

Bourses de doctorat en médecine. — Sont nommés pour un an, à dater du 1er octobre 1901, boursiers près les facultés de médecine des universités ci-après désignées, les candidats dont les noms suivent : *Paris* : MM. Guillon,Rabourdin, Monier,Raulot, Lapointe, Watel, Cotard, Laurence, Brésard, Busquet, Hérisson, Bloch. — *Bordeaux* : MM. Corbel, Robert,Latreille,Gulchot, Ravery. — *Lille* : MM. Muller,Dancourt, Leblond. — *Lyon* : M. Chalier. — *Montpellier* : MM. Guiraud, Godlewski, Pariente, Moreau, Benoit. — *Toulouse* : MM. Castéran (Louis), Boyreau, Canivenq, Liux-Labarrière. — Sont nommés boursiers les candidats au doctorat : *Paris* : M. Aymond : *Nancy* : M. Collin : *Toulouse* : Castéran (Alexandre), qui, appelés sous les drapeaux en novembre 1901, jouiront de leur bourse pendant l'année 1902-1903.

Bourses de pharmacie. — Sont nommés boursiers pour les écoles supérieures de pharmacie les candidats au grade de pharmacien de 1re classe dont les noms suivent : *Paris* : MM. Bruneau, Scagliola, Goret, Samson, Tixier, André, Michonneau, Richard, Lemarchand, Espitallier, Gourbillon, Fraquet, Lemeland, Barblé, Donnat. — *Bordeaux* : M. Planès. — *Lille* : MM. Grotard, Denis. — *Lyon* : M. Fayol. — *Montpellier* : M. Baugette. — *Toulouse* : M. Arnaud.

Un conseil pratique. — Il n'y a qu'un moyen de rétablir la vérité avec force : c'est de mettre un document authentique en regard du mensonge *chaque fois* qu'il se reproduit. » (Urbain Gohier, L'*Aurore*, 23 avril). Personnellement, c'est ce que nous avons fait quelquefois, mais non toujours, cédant à des conseils timorés, et nous regrettons de n'avoir pas été plus fidèle à nos idées sur cette façon de procéder : elle nous aurait permis de mettre la vérité sous les yeux des lecteurs des journaux hostiles aux réformes que nous poursuivions.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Foley, d'Andrésy, à l'âge de quatre-vingts ans. Ancien élève de l'Ecole polytechnique, puis officier de marine, il donna sa démission de lieutenant de vaisseau. Médecin laborieux et savant, il écrivit plusieurs ouvrages appréciés,entre autres : *Du travail dans l'air comprimé, Quatre années en Océanie, Histoire naturelle de l'homme, le Choléra chez les autres et chez nous*, le *Dix-Neuvième siècle et sa Devise*, *Eki* (roman d'Océanie). Le Dr Foley avait été, en outre, un ami d'Auguste Comte et l'un de ses treize exécuteurs testamentaires.

Nous avons encore le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Baldy, de Paris, de M. le Dr Scheidecker, de Rothau, de M. le Dr Terrin, de Solliés-le-Pont.

Enseignement libre.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés : conférences cliniques de psychiatrie médico-légale le mercredi et le vendredi de chaque semaine à 1 heure 1/2. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'Infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge. — Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un *certificat de stage médico-legal psychiatrique* est régulièrement délivré.

Chronique des hôpitaux.

Asile clinique. — *Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.* — M. le Pr Joffroy : cours de Clinique des maladies mentales à l'amphithéâtre de l'Asile clinique, les vendredis et lundis à 12 heures 1/2.

Clinique ophtalmologique. — (Cours de perfectionnement). M. le Pr F. De Lapersonne, assisté de MM. Weiss, professeur-agrégé de physique ; Monthus, chef du Laboratoire de la Clinique ophtalmologique ; Scrini, chef-adjoint de la Clinique ophtalmologique ; Pley, chef des travaux d'optique ; commencera, le mardi 10 décembre 1901, à trois heures et demie dans le laboratoire de la Clinique, à l'Hotel-Dieu, une série de conférences de technique ophtalmologique, suivies d'exercices pratiques. Le mardi, à trois heures et demie, au laboratoire : Médecine opératoire. — Anatomie pathologique, — Bactériologie. Le samedi, à 10 heures,

salle d'optique : conférences sur l'ophtalmométrologie. — Réfraction. — Périmétrie. — Sens lumineux et chromatique. — Thérapeutique. Chaque série du Cours de perfectionnement durera environ trois mois. MM. les docteurs et étudiants français et étrangers seront admis, après immatriculation, à s'inscrire en vue de ces cours. Le montant des droits à acquitter pour chaque série de cours est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité à 20 par série. Les bulletins de versement des droits d'immatriculation et de frais de cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Hopital Saint-Louis. — Le Dr du Castel reprendra ses conférences cliniques le samedi 7 décembre et les continuera les samedis suivants. A 1 heure 1/2, consultation externe ; à 2 heures 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le professeur Raymond : vendredi et mardi à 10 heures. Programme d'enseignement supplémentaire : Séméiologie des maladies du système nerveux : M. le Docteur Sicard. Histologie normale et pathologie du système nerveux: M. le docteur Philippe. Psychologie clinique : M. le docteur Janet. Electrodiagnostic et électrothérapie : M. le Dr Huet. Examen du larynx : M. le Dr Cartaz. Examen des yeux : MM. les Drs Dupuis-Dutemps et Kœnig. Examen des oreilles : M. le Dr Gellé. Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin : *leçons de thérapeutique appliquée* le mercredi à 9 heures 3/4 au grand amphithéâtre de l'Hôpital de la Pitié. — *Sujet du Cours* : Séméiologie et traitement des maladies de la nutrition. — Interprétation des signes fournis par les échanges organiques, les coefficients urinaires et les rapports d'échange.

Hôpital Laennec. — *Conferences de Clinique et de Thérapeutique sur les Maladies du cœur et des vaisseaux.* — M. le Dr E. Barié : le *mercredi* à 10 heures, dans l'amphithéâtre des cours. — Une *consultation* spéciale pour les maladies du cœur aura lieu dans ce même hopital toutes les semaines. Le jour et l'heure en seront indiqués ultérieurement.

Hopital de la Charité. — M. le Dr Maygrier commencera ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain), le jeudi 12 décembre 1901, à 10 heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hotel-dieu. — *Clinique chirurgicale.* — Le Dr Lucas-Championnière reprendra ses *Leçons de Clinique chirurgicale* à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 12 décembre, à 10 heures, et les continuera tous les jeudis à la même heure. — Opérations avant la leçon (amphithéâtre Desault). Opérations abdominales le mardi. Visites des malades : le mercredi (hommes, hernies), salle Saint-Cosme, et le samedi (femmes), salle Sainte-Marthe. — Le Dr Dagron, chargé du service de Massage, donne ses démonstrations le mardi et le vendredi, à 11 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies nerveuses* : M. P. Marie, le mardi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Ch. Féré, consultation le mardi, à 9 h. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville. Samedi 9 h. 1/2 très précises. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils
19, rue Hautefeuille.

Boyer. — Les eaux thermales d'Aix : leurs propriétés et leur emploi basé sur leur action dans l'organisme. In-8° de 180 pages. — Prix........ 4 fr.

Lefert (P). — Aide-mémoire de petite chirurgie et thérapeutique chirurgicale. In-18 de 340 pages. — Prix.......... 3 fr.

De Rouville. — Consultations de Gynécologie à l'usage des praticiens. In-8° de 248 pages avec 72 figures.

Salieu et Dubois. — Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris. Fascicule II. Poumons et plèvre. 30 fasc. gr. In-8° de chacun 48 pages. Chaque fascicule, prix .... 1 fr.

Wolff. — Forme et fonction : leurs rapports réciproques dans l'organisme. In-8° de 50 pages.

Librairie VIGOT
23, place de l'Ecole-de-Médecine

Besançon. — Paradoxes sur la médecine. In-16 de 260 pages.

De Frumerie (G). — Le massage direct du foie et des voies biliaires. Etude physiologique, thérapeutique et clinique. In-8 de 124 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE.T. XIII, N° 50. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 14 DÉCEMBRE 1901

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'ulcération rectale des néoplasmes prostatiques et vésiculaires.

Par le Dr **A. GUÉPIN**

Professeur libre à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine.

A plusieurs reprises, particulièrement dans une étude commune à mon maître Reliquet et à moi-même, intitulée : *Les glandes de l'urètre* (1), et dans une communication à l'Académie de Médecine sur le *cancer glandulaire de la prostate* (2), j'ai signalé l'ulcération rectale au cours des néoplasies malignes prostatiques et vésiculaires. Dans les observations sur lesquelles je m'appuyais, l'ulcération du néoplasme dans la cavité intestinale ne revêtait point les caractères d'une propagation à la muqueuse digestive, en ce que l'évolution de la tumeur paraissait subir de ce fait un temps d'arrêt notable et que les symptômes fonctionnels pénibles éprouvés par le malade diminuaient aussitôt d'intensité. Pour s'exprimer autrement, à partir du jour où le cancer s'est ulcéré du côté du rectum, non seulement le malade souffre moins, mais la fistule ainsi créée conserve les caractères d'une fistule simple et l'on peut croire, étant donné le répit parfois très long que cette complication apparente accorde au patient, avoir porté à l'origine un diagnostic et un pronostic trop sévères.

La physiologie pathologique fournit, partiellement au moins, la solution du problème. Il s'agit alors, d'une façon habituelle, de la variété de néoplasme dénommée par nous *cancer glandulaire* parce qu'il procède en apparence au moins, de l'élément épithélial sécréteur, débute et évolue dans la glande elle-même et s'accompagne pendant toute sa durée de manifestations morbides en rapport avec les troubles excrétoires et sécrétoires de l'appareil glandulaire intéressé. L'analogie constante de la prostate (glande) et des vésicules se retrouve encore ici dans toute son intégrité (1). Aussi, pour des raisons autres d'ailleurs que celles ordinairement invoquées, ne faut-il point chercher à disjoindre l'étude du cancer épithélial dans l'un et l'autre groupe glandulaire génital mâle, prostate et vésicule.

Contrairement aux idées généralement reçues, le cancer primitif de la vésicule, d'après mon expérience personnelle, est moins rare que les auteurs classiques ne semblent l'admettre. S'il paraît exceptionnel d'habitude, tandis que la propagation d'un néoplasme prostatique semblerait plutôt la règle, c'est surtout parce que le spécialiste n'est demandé qu'à une période très avancée des lésions. C'est aussi parce que pendant longtemps, les symptômes restent obscurs, parceque — ici comme autre part, d'ailleurs — l'état prostatique coexistant fixe seul l'attention ; enfin, parceque le toucher des parties supérieures de la vésicule est difficile, sinon impossible dans un grand nombre de cas. Même en procédant avec la méthode que nous connaissons (2), on ne peut comprendre la totalité de cette glande génitale entre le doigt explorateur et le plan fixe résistant constitué par la face postérieure du pubis.

Ainsi peuvent être expliquées les divergences d'appréciation sur ce point spécial. Et tandis que les néoplasies dont le point de départ siège au voisinage du carrefour génito-urinaire donnent lieu dès le début aux troubles fonctionnels et aux modifications dans les résultats du toucher rectal caractéristiques des lésions de cette zone particulièrement sensible et précisément explorable, celles qui se localisent plus haut présentent en même temps le minimum de signes physiques et fonctionnels. L'ulcération peut donc survenir d'emblée, en apparence, ou plutôt comme première manifestation d'un état pathologique méconnu ; la fistule intestinale est, dans ces circonstances, rapportée d'une manière presque fatale à un processus inflammatoire de cause et de nature indéterminées. Dans la première hypothèse, elle est, nous l'avons dit, préparatoire d'une amélioration notable et presque immédiate. Dans

(1) RELIQUET et A. GUÉPIN. — Les glandes de l'urètre : Paris, 1894, 1895 (Vigot, éd.).

(2) A. GUÉPIN. — Cancer glandulaire de la prostate (*Académie de médecine*, 26 juillet 1898 et 21 février 1899.)

(1) A. GUÉPIN. — Des relations entre la prostate et les vésicules séminales ; *Tribune médicale*, 9 mars 1898.

(2) A. GUÉPIN. — Comment il faut explorer la prostate (*Journal des Praticiens*, 1er février 1896.)

l'une et l'autre occurrence, la conservation ou le relèvement de l'état général, l'atténuation ou la non-existence des symptômes urinaires pénibles, contribuent à rendre le diagnostic hésitant.

On admet aussi d'ordinaire que l'évolution des accidents revêt, même chez les sujets d'âge mûr ou déjà âgés, une marche tout à fait rapide, un ou deux ans par exemple. Les quelques faits que je connais montrent, au contraire, que la généralisation du néoplasme, cause habituelle de la mort, ou le marasme hâté dans son apparition par les souffrances et les infections surajoutées (1), par la déchéance organique générale, n'apparaissent parfois qu'après plusieurs années. Il n'est guère permis aujourd'hui de fixer une date, mais il n'est pas non plus excessif de dire que la survie peut seprolonger trois, quatre, cinq ans et parfois davantage après l'époque où la nature du mal a été catégoriquement annoncée.

Deux observations d'ulcération de la muqueuse rectale, et mieux d'ouverture dans l'intestin d'un kyste prostatique de nature cancéreuse, ont déjà été publiées (2). Je les résume ici parce qu'elles permettent d'abréger la description symptomatique et parce que la comparaison deviendra plus facile avec la fistulisation des néoplasmes vésiculaires, dont je rapporte un cas plus loin.

Obs. I. — *Prostate sénile et rétrécissement urétral : fistule urétro-prostato-rectale ; néoplasme terminal* (Résumée).

M. X..., 50 ans environ, consulte le Dr Reliquet, le 7 juillet 1880, pour des mictions fréquentes et douloureuses, des érections nocturnes pénibles, un aspect trouble persistant de l'urine, tous phénomènes provoqués — pensait-on — par un rétrécissement urétral d'origine blennorrhagique. L'exploration directe révèle à la fois l'existence de ce rétrécissement et une vive sensibilité de la région prostatique. Au toucher rectal : prostate volumineuse, de consistance demi-molle, très douloureuse à la pression ; effacement du sillon médian vertical interlobaire, apparence globuleuse de l'ensemble de l'organe. Au-dessus du lobe gauche, le doigt circonscrit une saillie conique très distincte, le sommet du cône s'appliquant sur la muqueuse rectale. Cette saillie, qui occupe la place de la vésicule séminale gauche, était tellement dure qu'au premier examen, M. Reliquet pensa à un calcul. Dilatation progressive du rétrécissement, d'ailleurs peu serré et peu résistant ; traitement habituel des états prostatiques (3). Sous cette influence, amélioration progressive et grande diminution du volume de la prostate. Exploration vésicale négative. Le toucher rectal permet toujours de délimiter facilement la saillie du lobe gauche de la prostate ; mais cette saillie n'est plus dure et le doigt appliqué sur son sommet l'infléchit latéralement à la moindre pression ; d'ailleurs, de suite il reprend sa position première. Etant donné son siège, le Dr Reliquet crut un instant à une lésion de la vésicule séminale. L'amélioration des troubles fonctionnels ne persiste pas longtemps : dès les premiers jours d'août 1880, le malade a de nouveau des érections pénibles. De temps en temps, il éprouve un malaise général suivi de l'évacuation par l'urètre et en dehors de toute miction, de masses muco-purulentes, striées de filaments blancs opaques et rougies d'un peu de sang (4). Une fois (le 26 août), l'évacuation en a été très abondante et les urines furent troubles à la suite : la difficulté de la miction s'accrut très notablement avant l'expulsion des mucosités et des urines boueuses. Egalement, la saillie de la muqueuse rectale à travers l'anus, qui se produisait dans les efforts de miction avant la dilatation du rétrécissement, réapparut à cette époque.

Ce malade ne fut revu que le 1er juin 1881. Dans le courant de l'année écoulée, il eut une orchite droite suppurée (orchite des prostatiques) (1). Depuis cet accident, les envies d'uriner sont plus fréquentes, souvent difficiles et douloureuses à la fin (fausse cystite) (2). La saillie conique du lobe gauche de la prostate est molle ; elle se réduit sous la pression au doigt et se vide en partie dans l'urètre. Dès lors, les douleurs en urinant disparaissent et les mictions n'ont lieu que toutes les trois ou quatre heures.

L'amélioration se maintient deux jours et la saillie prostatique se reproduit : elle est encore plus molle ; on prévoit qu'elle va s'ouvrir dans le rectum, cependant les douleurs en urinant redeviennent très vives et les mictions très fréquentes, quand après trois jours, la tumeur s'ouvre dans l'intestin. De nouveau, il y a amélioration immédiate dans les troubles fonctionnels vésicaux. Mais il passe par le rectum une certaine quantité d'urine et des mucosités ; celles-ci examinées au microscope contiennent des granulations et des sympexions prostatiques. Des lavages vésicaux faits pendant la durée de la période d'excitation précédant l'établissement de la fistule rectale donnent un calme passager qui dure quatre ou cinq heures.

Le malade les continue lui-même et se sonde facilement avec une sonde molle en caoutchouc rouge, ce qu'il ne pouvait faire auparavant.

Il part le 28 juin 1881. Quand il urine spontanément, il s'écoule par la fistule une petite quantité d'urine ; cet écoulement peut être évité par un sondage toutes les quatre heures.

Obs. II. — *Prostatite sénile ; néoplasme terminal ; ulcération de la tumeur dans le rectum* (Résumée).

M. X..., 61 ans, menuisier, souffre depuis huit mois en urinant, est obligé de se livrer à des efforts violents pour provoquer la miction dont la fréquence, surtout nocturne, s'accroît de plus en plus. Pas de douleurs pendant le coït, dont la dernière tentative remonte à deux mois environ.

Consulte le Dr Reliquet, le 17 juin 1885. Prostate volumineuse ; saillie fluctuante du lobe gauche de l'organe ; traitement habituel.

24 juin 1885 : Légère amélioration : mictions moins fréquentes, douleurs atténuées. Les urines, jusque-là très chargées de muco-pus, s'éclaircissent. Au toucher : prostatomégalie moindre. La compression digitale du lobe gauche n'amène au méat qu'une goutte de liquide sanguinolent, dans laquelle on découvre des spermatozoïdes immobiles et des globules sanguins.

27 juin : L'amélioration s'accentue. Le toucher est suivi d'une goutte sanguinolente ne contenant plus de spermatozoïdes.

8 juillet : Le lobe gauche de la prostate conserve le même volume et la même consistance. Pas de spermatozoïdes dans les sécrétions, mais sang et pus.

25 août : Les troubles fonctionnels de la vessie reparaissent avec leur intensité première. La compression digitale n'amène rien au méat, mais le lendemain, au moment du toucher, la tumeur s'ouvre dans le rectum et laisse écouler un peu de liquide blanc et filant ; au microscope, grains brillants prostatiques. Après l'ouverture du kyste, amélioration qui dure vingt-quatre heures ; mais l'orifice de la fistule s'oblitère ; le Dr Reliquet cesse la compression digitale et se borne à faire des lavages vésicaux. Le malade se sonde pour uriner.

(1) A. Guépin. — Le foyer infectieux prostato-génital : *Académie de médecine*, 16 janvier 1900.

(2) Reliquet et A. Guépin. — Les glandes de l'urètre, tome II, pages 7 à 12.

(3) Reliquet et A. Guépin. — Les glandes de l'urètre, tome Ier, 1894 : pages 167 à 172.

(4) A. Guépin. — Cancer glandulaire de la prostate ; *loco citato*.

(1) P. Lozé. — De l'orchite des prostatiques. *Thèse de Paris*, 1897. Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*, 19 février 1898.

(2) P. de Grandcourt. — Etude et diagnostic des fausses cystites. *Thèse de Paris*, 1895. Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*, 21 mars 1896.

12 septembre : Le calme est complet : trois cathétérismes par vingt-quatre heures : urines limpides ; pas de douleurs, ni d'écoulement urétral : toucher rectal indolent suivi d'une goutte de liquide blanc opalin et filant.

15 octobre : Le malade est revu tous les huit jours. Il urine spontanément parfois, mais ne vide pas sa vessie. Cathétérisme habituel. La tumeur prostatique diminue sensiblement : le doigt la circonscrit mieux et l'index la dépasse de toute la longueur de la phalangette. Il sort à peine de liquide où on trouve des leucocytes, de rares sympexions, pas de spermatozoïdes, ni de vibrions. Même traitement.

24 novembre : La saillie est très molle et très bien délimitée. La compression digitale provoque la sortie d'une goutte opaline, striée de blanc opaque, où le microscope décèle des spermatozoïdes immobiles et de nombreux leucocytes. Lavages vésicaux boriqués : cathétérismes réguliers.

19 janvier 1886 : L'orifice rectal de la fistule s'oblitère de nouveau. La tuméfaction prostatique de même forme est plus volumineuse et plus tendue ; le liquide qui sort après compression est sanguinolent : au microscope : pas de spermatozoïdes. Un écoulement urétral de même nature que celui provoqué par le toucher rectal se montre et persiste.

29 juin 1886 : Le malade a cessé les lavements quotidiens ; l'excitation vésicale s'est accrue et l'écoulement urétral est constitué par une matière épaisse couleur brun chocolat. La tumeur, quoique toujours fluctuante, est plus tendue. Au commencement de février 1887, elle s'ouvre encore dans le rectum et, par le toucher, on constate l'affaissement absolu du kyste prostatique.

Ces deux observations sont assurément incomplètes puisqu'il n'a pas été possible de suivre de près l'évolution totale des accidents et parce que les résultats de la nécropsie font défaut. Il est d'ailleurs à présumer que celle-ci n'a point été faite, cette pratique n'étant pas entrée dans nos mœurs, malgré son utilité évidente. Mais l'ensemble des symptômes ne permet pas de croire à autre chose qu'à un cancer. On n'objectera point l'absence d'adénites manifestes ; celles-ci sont, on le sait aujourd'hui, souvent tardives et parfois inappréciables absentes. Quant à la tuberculose, rien ne permet d'y songer. On remarquera seulement, laissant un instant de côté toutes les autres déductions que l'on pourrait en tirer et sur lesquelles j'ai déjà insisté ailleurs, que, suivant ce qui a été avancé ici-même, l'ouverture du kyste néoplasique dans le rectum ne revêt point les caractères d'une propagation à la muqueuse intestinale, et que cette fistulisation, fût-elle large au point de laisser passer une certaine quantité d'urine, est immédiatement suivie d'une grande amélioration dans les troubles fonctionnels de la vessie.

Obs. III. — *Néoplasme de la vésicule séminale droite; large fistule recto-vésicale.*

M. X..., 56 ans, après avoir présenté pendant plusieurs années des troubles urinaires vagues et peu accusés pour lesquels il ne suivit aucun traitement régulier, consulte le Dr Guépin, le 10 octobre 1900.

Le malade raconte qu'il y a deux ans environ, il rendit des gaz en finissant d'uriner : en même temps son urine, jusque-là limpide, devint trouble et d'odeur fétide. Plusieurs analyses en furent faites et chacune d'elles démontra que des matières fécales en quantité notable représentaient la presque totalité du dépôt. Il y avait aussi, mais irrégulièrement, sortie d'un peu d'urine par l'anus. Le mélange de l'urine et des matières fécales n'était d'ailleurs pas constant. Pendant des périodes de durée variable, les urines redevenaient presque claires ; mais, à certains moments, des phénomènes d'excitation vésicale contraignirent le malade à chercher un soulagement sinon une guérison.

M. X..., s'adressait au Dr Guépin pour savoir s'il y avait lieu de faire une opération devant oblitérer la fistule : il redoutait les accidents infectieux pouvant résulter du mélange des matières intestinales et des urines dans la vessie. Il avait d'ailleurs remarqué que les lavages vésicaux abondants et surtout fortement antiseptiques, non seulement ne diminuaient en rien le dépôt urinaire, mais étaient suivis après quelques jours d'une cystite extrêmement douloureuse, qui persistait pendant plusieurs semaines. Renonçant donc à ces manœuvres, il faisait tous les deux jours une instillation de quelques gouttes d'une solution faible de protargol. Sans provoquer un grand changement dans son état, ces instillations étaient bien supportées. L'état général, pendant longtemps des meilleurs, était moins satisfaisant depuis quelques mois : l'amaigrissement manifeste et progressif, une période d'excitation vésicale plus longue que les précédentes, enfin et surtout la résolution prise de se soumettre au besoin à une opération décidèrent M. X...

Examen le 10 octobre 1900 : Le malade a conservé un certain embonpoint, il n'y a pas d'apparence cachectique. L'appétit est régulier, ainsi que les fonctions intestinales ; aucune lésion organique autre que celle de l'appareil génito-urinaire. Blennorrhagies anciennes bien guéries : pas de syphilis : rien qui puisse faire penser à la tuberculose. De même, aucune adénite appréciable superficielle ou profonde.

Les mictions sont fréquentes, le jour et la nuit, toutes les deux ou trois heures environ ; elles sont indolentes. L'urine offre un aspect trouble et brunâtre ; elle a une odeur fécale très appréciable. Au toucher : humidité de la muqueuse rectale tenant sans doute à un léger suintement urinaire. Prostate normale, sauf au niveau de sa corne droite où commence une zone d'induration ligneuse, largement bosselée, qui se perd en haut en s'étalant suivant la direction de la vésicule séminale droite ; on ne peut percevoir les limites supérieures de cette induration. La muqueuse de l'intestin qui glisse en arrière de la prostate sur le corps de l'organe devient adhérente sur la vésicule séminale droite. La compression digitale prudente n'est pas douloureuse et ne chasse aucune sécrétion au meat urinaire.

En présence de tous ces symptômes positifs et négatifs, on conclut à l'ulcération d'un néoplasme vésiculaire dans l'intestin, la fistule étant large, mais trop haut placée pour que le doigt pût atteindre son orifice rectal. Pour cette même raison, l'écoulement de l'urine par l'anus était-il peu marqué. L'idée d'une intervention curative fut écartée et comme traitement local, on conseilla la continuation des instillations de protargol faible, à l'exclusion des grands lavages et des cautérisations vésicales. Lavements aseptiques quotidiens, suppositoires antiseptiques et calmants.

Sans doute, le malade fut-il amélioré ; car il ne consulta plus, comme il en avait donné la promesse si son état restait tel malgré le traitement. Au commencement de l'été 1901, le Dr Guépin apprit sa mort par les journaux, sans pouvoir connaître la nature des accidents qui l'avaient immédiatement précédée.

Les quelques documents que je rapporte aujourd'hui ne sauraient donc, il convient de le répéter, permettre d'écrire définitivement l'histoire des perforations rectales, au cours des néoplasmes prostatiques et vésiculaires ; mais ils constituent une contribution à l'étude d'une question tout à fait nouvelle et engageront sans doute d'autres chercheurs à poursuivre leurs investigations dans un sens identique. Malgré leur insuffisance absolue ; il se dégage des faits précédents certains enseignements utiles à retenir sur la fréquence et les modalités d'évolution du cancer prostatique ou vésiculaire ouvert dans les voies digestives. Les difficultés de la clientèle sont, dans chaque cas, trop évidentes pour qu'il soit nécessaire de démontrer l'impossibilité où je me trouve encore de fournir souvent une observation poursuivie de l'origine à la fin des accidents. Il en est d'ailleurs très ordinairement de même dans la pratique hospitalière où l'autopsie est

plus fréquente si les renseignements cliniques sont aussi souvent moins précis. Dans la combinaison de l'une et de l'autre, il faut chercher les moyens de compenser ce que chacune d'elles prise isolément ne peut suffire à nous donner.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 % prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Le Brevet d'infirmière.

Dans un article intitulé *Le Brevet d'infirmière*, inséré dans le numéro du 20 octobre dernier du *Journal de Médecine*, M. le Dr Berthod, après quelques considérations sur la loi des associations et sur les congrégations, ajoute les considérations suivantes :

« J'ai en vue, ici, les congrégations juxta-médicales proprement dites, c'est-à-dire celles que nous côtoyons tous les jours, les religieux et religieuses hospitalières et gardes-malades, dont nous avons pu tous constater les lacunes, mais apprécier aussi l'utilité, la nécessité même, là où n'existe point encore la *véritable infirmière*, la *professionnelle laïque* : c'est-à-dire, à l'heure présente, presque partout ailleurs que dans les très grandes villes.

« Ne serait-il pas précisément maintenant opportun d'établir un *diplôme* (puisque nous sommes un peuple de parchemins) d'infirmier et d'infirmière comparable à celui d'herboriste ou de sage-femme, et de rendre ce diplôme ou tout au moins une instruction professionnelle obligatoire aussi pour les religieux *ou* religieuses gardes-malades au même titre que le brevet de capacité qui leur est déjà nécessaire pour enseigner ? Depuis l'antisepsie, notre arsenal thérapeutique est devenu si puissant, si riche en poisons, si dangereux à manier, qu'il demande un apprentissage bien plus compliqué qu'autrefois. D'une part, en vue de l'asepsie, une infirmière a besoin d'une véritable éducation d'hygiène et de propreté, que, sans parler du costume, les religieuses et religieux ne possèdent pas toujours.

« Puisque par la force des choses et pour l'aide du médecin, ces dernières sont encore appelées, dans la campagne, à jouer un rôle d'infirmières secouristes, comparables aux nurses communales anglaises, il convient qu'elles aient aussi un diplôme et surtout l'instruction professionnelle. Un brevet d'Etat, avec *ou* sans insigne, contribuerait aussi singulièrement à relever la profession d'infirmier et à améliorer le recrutement. »

Le *diplôme* auquel l'Administration a préféré le nom de *certificat d'aptitude*, existe pour les quatre écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières (1) et pour les quatre écoles départementales. Il est délivré après une année d'études dans des conditions identiques. Il est indispensable pour obtenir de l'avancement. La thèse soutenue par M. Berthod, à savoir que nul ne devrait pouvoir exercer la profession de garde-malade sans être pourvu du diplôme professionnel, de même qu'il n'est permis d'enseigner que si l'on possède le brevet de capacité, est la nôtre. Nous l'avons émise bien souvent et nous l'avons fait adopter au *Congrès international d'assistance publique* de 1889. Depuis, nous en avons parlé bien des fois et encore tout récemment au *Congrès des aliénistes et neurologistes de Limoges*. Mais cette obligation ne peut être imposée que quand il y aura, comme nous l'avons demandé, des écoles professionnelles d'infirmiers et d'infirmières dans un grand nombre de villes (1).

C'est à provoquer la création de ces écoles que doivent tendre les efforts de tous ceux qui croient avec nous à la nécessité d'un enseignement professionnel pour les infirmières et gardes-malades, et qui estiment que nous ne devons pas rester plus longtemps au-dessous des pays qui, comme l'Angleterre, les Pays Scandinaves, les Etats-Unis, etc., ont des écoles parfaitement organisées, fournissant chaque année de nombreuses infirmières parfaitement instruites. B.

La pratique des désinfections.

La pratique de la désinfection, tant en hygiène publique qu'en chirurgie et en médecine, tient aujourd'hui une place des plus importantes. C'est à elle qu'on doit en grande partie les beaux succès qu'on obtient aujourd'hui dans la lutte contre les épidémies, et tout récemment, Lucas-Championnière a brillamment exposé au Congrès de chirurgie quelle large place, l'antisepsie qui donna naissance aux éclatants succès opératoires de ces 30 dernières années, tient encore aujourd'hui dans la pratique chirurgicale à côté de l'asepsie. Presque autant d'ailleurs que les chirurgiens, les médecins et les accoucheurs ont à défendre leurs malades contre l'infection et la contagion et par conséquent à utiliser les désinfectants.

Le nombre de ces derniers est considérable, leur valeur très inégale. Cependant le choix qu'on en fait se limite de plus en plus à quelques-uns d'entre eux. En hygiène publique, le vieux procédé du blanchiment à la chaux, qui n'était d'ailleurs possible que dans certaines conditions, a été presque abandonné ; le nettoyage mécanique à l'aide de la mie de pain et des lavages abondants avec les solutions d'acide phénique ou de sublimé et la désinfection par les vapeurs d'acide sulfureux, dégagé par la combustion de bâtons de soufre, ont fait leur temps. La stérilisation par la chaleur à l'aide des étuves sèches ou à vapeur sous pression et la pulvérisation de solutions de sublimé plus ou moins mélangé à d'autres antiseptiques sont encore aujourd'hui très en faveur. Ce système de pulvérisation est loin de représenter cependant l'idéal des hygiénistes, d'abord parce qu'il expose le personnel des désinfecteurs à une intoxication professionnelle grave et ensuite parce qu'il ne présente au point de vue de l'efficacité qu'une sécurité relative.

Il est, en effet, impossible d'admettre qu'une pulvérisation de quelques instants suffise à détruire sûrement les germes pathogènes et leurs spores. Quelque soigneux que soit le désinfecteur, il ne peut, avec sa lance, atteindre tous les recoins où ils se cachent dans les habitations, et il en reste toujours que le liquide désinfectant n'a pas touchés. Les préférences des hygiénistes vont donc tout naturellement aux désinfectants gazeux, parce qu'en se disséminant dans le local à désinfecter, ils en atteignent uniformément toutes les parties sans qu'on ait à compter sur l'intervention tou-

(1) Ce n'est qu'en 1883 que, à force d'insistance, nous avons obtenu l'institution d'un diplome, cinq ans après la création des Ecoles.

(1) Voir *Progrès Médical*, 1901, no 35, p. 134, et surtout le no des *Archives de Neurologie*, de nov., p. 415.

jours aléatoire et imparfaite de la main de l'homme. On objecte bien, il est vrai, qu'une opération de désinfection ainsi pratiquée est toujours longue. Mais c'est justement, au point de vue du résultat cherché, une garantie de plus. Si on a, pendant quelque temps, renoncé à leur emploi, cela tient à ce que l'acide sulfureux détériore certains objets et laisse toujours après lui une odeur fort désagréable et que le chlore, le brome et l'iode joignent, à ces inconvénients, celui d'avoir une pesanteur spécifique qui s'oppose à leur égale diffusion. Il n'en est plus de même avec le formol, dernier né des antiseptiques hygiéniques. La formaline possède une efficacité certaine contre les bacilles pathogènes les plus répandus ; elle a été démontrée par de nombreuses expériences, et nous-mêmes en collaboration avec M. Bruhat en avons fait à l'hôpital de la Charité en 1899 qui nous ont donné des résultats absolument satisfaisants. Les microbes sur lesquels elles ont porté sont : le bacille d'Eberth, le coli commune, le streptocoque, le staphylocoque pyogène doré, le bacille de Lœffler ; en dehors de ces microbes pathogènes, nous avions pris encore des moisissures, des bactéries de la putréfaction, et quelques champignons (de Saccharomyces Cerevisiæ et l'Amylomyces Rouxii), dont la très grande résistance à l'action des antiseptiques est connue.

Ces différents microorganismes furent soumis à l'action de vapeurs de formol, dégagées par les formolateurs de la Société Hélios, pendant 14 heures, sauf le bacille de Lœffler, qui ne fut traité que pendant 7 heures. Tous ont été complètement détruits et n'ont donné naissance, sur les plaques ou dans les tubes d'ensemencement à aucune colonie, tandis que sur les plaques et tubes témoins celles-ci s'étaient bien développées.

A Breslau, pour la rougeole et la fièvre scarlatine, la désinfection, de même qu'en France, n'est pas obligatoire ; mais elle est souvent demandée par les particuliers et toujours opérée à l'aide de la formaline. Les expériences qui y ont été faites à ce sujet depuis 1898 ont démontré qu'il ne s'était produit dans les habitations ainsi désinfectées aucun cas subséquent. Sur un total de 257 désinfections opérées avec la formaline par l'Office de désinfection de Breslau contre la diphterie, il n'y eut que dans 2 cas de nouveaux malades dans la même habitation, 15 jours et 30 jours après l'opération. Mais il est ici possible d'admettre que dans ces cas certains objets ont pu être soustraits par les occupants à la désinfection ou que le germe pathogène est resté virulent dans la gorge des convalescents, ou que la contagion a été importée du dehors. Deux insuccès contre 255 succès prouvent que l'agent antiseptique employé détruit assez sûrement les germes infectieux pathogènes pour qu'on puisse l'utiliser en toute sécurité.

L'avantage de l'action automatique de la formaline, de son pouvoir de pénétration énergique ne sont pas à dédaigner. Nous avons pu, dans nos expériences avec Bruhat, détruire des germes pathogènes enfermés dans un volume de 300 pages environ. Cela permet d'éviter pour la literie, les tentures et les vêtements, la désinfection à l'étuve, qui a le grave inconvénient de dessécher et de rétrécir les tissus de laine et d'exiger leur transport hors du local à désinfecter. Un traitement de 7 heures suffit, l'expérience nous l'a démontré, pour obtenir les résultats voulus. Le gaz désinfecteur a une tension telle qu'il pénètre automatiquement tous les objets contenus dans le local en même temps que ses parois. Pour désodoriser le local qui est fortement imprégné de l'odeur du formol, il suffit de laisser les fenêtres ouvertes quelques heures, ou, si on est pressé, d'évaporer dans la pièce de l'ammoniaque, qui forme avec la formaline gazeuse un composé absolument inodore.

L'efficacité de ce procédé a d'ailleurs était bien mise en évidence par Flügge, Doyen, Buchner, Aronson, Vidal, Grawitz, Floquet, Marcel Briand, Alinquist et Vergin, Kobert, Mœller, Poleck, Rode, Lœffler, Markl, Tronchet, Anriol et nombre d'autres, et il est incompréhensible qu'on s'obstine encore dans les services publics à utiliser le procédé défectueux de la pulvérisation et du passage à l'étuve.

On peut aussi utiliser la formaline comme désodorisant dans les chambres des malades, les cabinets de médecin, fumoirs, cabinets d'aisance, voitures et wagons, les caves à fromages, à vin, à cidre, à bière. La formaline constitue un excellent insecticide pour détruire, les puces, punaises et moustiques dont le rôle dans la transmission des maladies contagieuses et notamment de la tuberculose et de la malaria commence à être aujourd'hui assez connu pour qu'on ne néglige pas de les supprimer partout où on les rencontre.

Pour la stérilisation des instruments, surtout de ceux qui ne peuvent être soumis à l'action de la chaleur, l'emploi de la formaline est tout indiqué et il existe des modèles d'armoires très pratiques pour cet usage.

De même pour les soies et catguts si difficilement aseptisables par les procédés ordinaires. Les instruments d'acier eux-mêmes sont parfaitement stérilisés sans danger de rouille ou de détérioration. Enfin, ainsi que le dit Bardet, les objets de pansement en coton, en absorbant environ 1,5 % d'aldéhyde formique à l'état de formaline polymérisée, qui, en présence de l'humidité des plaies, régénère l'aldéhyde formique, constituent un milieu antiseptique des plus favorables à la guérison, en même temps qu'ils sont rigoureusement stériles.

L'emploi de la formaline donnera donc toute satisfaction non seulement aux hygiénistes, mais aussi aux chirurgiens, médecins et accoucheurs, et il mérite à ce point de vue toute notre attention. L. R. RÉGNIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 décembre.

Les localisations cérébrales (Suite.)

M. RAYMOND rappelle la distinction établie dès le début par Charcot entre les faits d'épilepsie partielle ayant une valeur comme localisation précise et les faits restant incertains. Ceux-ci sont d'ailleurs les plus rares. Une analyse clinique minutieuse permet de les différencier, et il ne faudrait pas aller trop loin dans la réaction contre la valeur localisatrice de l'épilepsie jacksonienne.

M. DIEULAFOY montre combien l'accord est difficile sur ce signe de localisation cérébrale et l'incertitude de toute règle absolue.

Dystocie pour kystes hydatiques. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Guérison de la mère.

M. CHAMPETIER DE RIBES communique, au nom de M. BAUDRON et au sien, une observation qui, jointe à vingt-cinq autres déjà publiées sur cette cause spéciale de dystocie, montre la supériorité de l'opération césarienne, du moins dans les kystes hydatiques multiples et situés très haut. En ce cas, la ponction en effet est souvent une cause d'infection péritonéale.

La cure de pommes de terre dans le diabète sucré et les complications diabétiques.

M. MOSSE (Toulouse) communique une importante série d'analyses permettant les conclusions suivantes :

« Dans les diabètes, la pomme de terre est non seulement « un aliment permis, mais bien un aliment utile, qui peut « être avantageusement substitué au pain, de façon à maintenir l'équivalence de la ration alimentaire, c'est-à-dire, « en poids, dans la proportion de 2 1/2 à 3 de pommes de « terre pour 1 de pain. »

Cette substitution a été fort bien supportée dans presque tous les cas (19 fois sur 20) dont nous avons pu réunir les observations. Elle a été suivie d'une diminution rapide, presque immédiate, de la soif, de la glycosurie, dans des proportions parfois considérables, et d'une amélioration des divers éléments du syndrome urologique coïncidant avec un mieux être général.

Ces modifications favorables ont été constatées aussi bien dans les diabètes arthritiques de la forme légère moyenne ou sérieuse, que dans les diabètes à forme grave, (D. pancréatique).

*

Le retour au régime du pain interrompait l'amélioration. Particularité digne de remarque : quelquefois la glycosurie et les troubles étaient alors moins accentués que dans la période ayant précédé le régime aux pommes de terre.

L'utilité générale de la pomme de terre paraît tenir à sa richesse en alcalis organiques. Mais, comme toute médication alcaline, celle-ci a ses inconvénients possibles et ne saurait être employée d'une façon banale. Il faudra toujours que le médecin en surveille les effets, en particulier dans les cas de néphrite et surtout de néphrite chronique (albuminurie), avec installation de petits phénomènes urémiques. La potasse augmente, dans ces cas, la toxicité du sang résultant de la dépuration urinaire insuffisante.

D'ailleurs, on peut s'attendre à quelques insuccès quand la méthode se généralisera, en dehors même des cas où la théorie fait comprendre que la méthode peut être désavantageuse.

La loi Roussel.

M. Porak, afin d'obtenir une application plus stricte, propose une atténuation à cette loi. Les nourrices auraient l'autorsation de prendre un nourrisson non plus sept mois mais deux mois après la naissance et l'allaitement de leur propre enfant.

M. Roussel regarde cette atténuation comme possible, certaines femmes pouvant nourrir deux enfants, et l'allaitement artificiel ayant fait de grands progrès et pouvant même intervenir comme adjuvant.

M. Budin signale aussi les très bons effets de l'allaitement mixte et est partisation de l'atténuation.

M. Pinard signale les dangers de toute modification à une loi excellente, mais déjà si souvent négligée dans l'application pratique. La loi Roussel subsistera donc dans toute son intégrité.

La loi sur l'absinthe.

Au nom de l'Union antialcoolique, M. Laborde réclame avec son énergie ordinaire que, conformément à la loi Vaillant, l'Académie désigne les essences dangereuses pour la santé publique. A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1901. — Présidence de M. Reclus.

Plaie de la moelle.

M. Tuffier apporte une observation de plaie de la moelle par une balle de revolver ; le malade présenta une paralysie complète, avec anesthésie jusqu'à la crête iliaque et troubles des sphincters. Le diagnostic posé fut : section complète de la moelle. A l'intervention, on trouva la dure-mère sectionnée vers la 10e dorsale, la moelle complètement coupée et les racines rachidiennes incomplètement : la balle, placée en avant de la moelle, fut extraite ; la pie-mère et tous les plans suturés ; l'hyperesthésie qu'avait présentée le malade disparut, tous les autres troubles persistèrent et le malade mourut au bout de 5 mois seulement, de péritonite, par perforation intra-péritonéale de la vessie au contact de la sonde à demeure, perforation constatée à l'autopsie.

Thrombo-phlébite des sinus.

M. Broca fait un rapport sur la récente observation de M. Sébileau, lue à la Société de chirurgie : thrombose du sinus latéral, communiquant avec l'oreille, oblitération de la jugulaire interne que l'auteur ne put retrouver au milieu de l'abcès cervical, enfin mort 8 jours après l'intervention, — qui avait consisté en un nettoyage du sinus et de l'abcès cervical — de gangrène pulmonaire avec pleurésie putride.

Ponction lombaire et fractures du crane.

M. Poirier apporte une observation fort intéressante de fracture de la base du crâne, méconnue dans un service de médecine, où on mit les symptômes sur le compte d'une méningite ; la ponction lombaire donna issue, par un jet très fort, à un liquide céphalo-rachidien fortement teinté de sang : on en sortit environ 35 gr., et, fait intéressant, il y eut une amélioration immédiate et considérable dans l'état du malade ; quelques jours après, apparurent les symptômes de la fracture, paralysie de la 6e paire, ecchymose conjonctivale et, 11 jours après, le malade sortit de l'hôpital guéri ; la ponction a donc eu là un effet curatif remarquable.

M. Rochard a eu l'occasion de faire cette ponction 3 fois et dans 2 cas il a observé des phénomènes absolument analogues à ceux qu'a constatés M. Poirier.

M. Tuffier a pratiqué cette ponction 10 fois, pour des traumatismes crâniens ; le liquide peut être un peu teinté par suite de la simple piqûre ; aussi, pour apprécier la teinte, M. Tuffier recueille le liquide dans 3 tubes différents : il est beaucoup plus rouge quand il y a contusion violente ; mais il ne peut indiquer que cela et rien de plus ; on peut obtenir un liquide teinté avec une hémorragie cérébrale.

M. Guinard montre la relation étroite qu'il y a entre la céphalée et tout corps étranger dans le liquide céphalo-rachidien, que ce soit du sang, de l'eau ou de l'air ; tout corps pouvant produire une hypertension donnera de la céphalée et dans tous ces cas la ponction lombaire a une valeur curative de première importance.

M. Hartmann fait remarquer qu'une irritation quelconque peut déterminer une hypertension, tels les cas de simple piqûre lombaire, sans injection de cocaïne ou d'aucune autre substance.

M. Reclus pense que cette question n'est point tranchée, puisqu'on a prétendu pendant un certain temps que la céphalée était due au départ du liquide céphalo-rachidien.

Plaie de la rate.

M. Richelot fait un rapport sur un cas de plaie de la rate observée par M. Coville (Orléans). Ce cas est intéressant par ce fait que la plaie, déterminée par une chute sur la fesse droite, donna une hémorrhagie lente, qui détermina une intervention 15 jours après l'accident ; elle montra une collection limitée par l'épiploon, contenant environ 1 litre de sang brunâtre et beaucoup de caillots, M. Coville fit la splénectomie et obtint la guérison. Schwartz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 6 Décembre 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Lésion de la troisième circonvolution frontale.

MM. Chauffard et Rathery présentent les pièces provenant de l'autopsie d'un malade atteint d'aphasie motrice. Cette aphasie était due à un ramollissement bien localisé du pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

M. Marie fait remarquer qu'actuellement les lésions de la troisième circonvolution frontale sont rares dans l'aphasie motrice. On observe le plus souvent des lésions du noyau lenticulaire, et MM. Déjerine et Bernheim, et M. Touche ont protesté, avec de nombreuses observations à l'appui, contre l'exclusivisme de la lésion de la troisième frontale comme cause de l'aphasie motrice. Cela ne veut pas dire que cette lésion, comme dans le cas présent, ne soit pas cause d'aphasie motrice.

Epilepsie jacksonienne et hémiplégie.

M. Fernet présente un malade non syphilitique atteint d'hémiplégie gauche avec épilepsie jacksonienne. L'accès épileptique commence par des fourmillements dans les doigts gauches, puis des convulsions se manifestent dans l'avant-bras et se généralisent. Au début, il y a 2 ans environ, les convulsions débutaient dans la jambe. Le malade a de l'hémiparésie, de l'exagération des réflexes. M. Fernet, se basant sur les antécédents du malade (maladies infectieuses inférieures, fièvre typhoïde quelques mois avant le début des troubles nerveux), croit à une lésion cérébrale. Les injections mercurielles, l'iodure de potassium n'ont donné aucun résultat. M. Fernet doit étudier le malade avec M. Lucas-Championnière pour voir si une intervention chirurgicale ne serait pas à tenter.

M. Marie croit à une lésion cérébrale, il serait tenté de croire à un gliome ; il craint que dans ce cas une intervention chirurgicale ne serait pas suivie sans doute de succès, mais l'intervention pourrait certes être autorisée.

M. Siredey pense que le traitement syphilitique est toujours à tenter dans les cas de ce genre, même quand rien ne peut mettre sur la voie de la syphilis. Il rapporte deux cas de ce genre qui sont guéris à la suite du traitement spécifique institué systématiquement.

Goitre exophtalmique chez un enfant.

M. Leroy au nom de M. Variot et au sien présente un enfant de 4 ans atteint de maladie de Basedow. Depuis 6 mois, il est atteint d'exophtalmie, de tachycardie, de goitre. Cet enfant a eu à 18 mois des convulsions, il a eu récemment la coqueluche qui a exagéré les symptômes basedowiens. Le tremblement cependant manque souvent, les troubles nerveux sont rares.

L'état général, actuellement très bien, était déplorable au début. Le strophantus, le bromure, le salicylate, n'ont donné aucun résultat. Le traitement thyroïdien paraît seul et manifestement avoir donné de bons résultats.

M. Marie fait remarquer que le plus souvent le traitement thyroïdien dans la vraie maladie de Basedow donne de mauvais résultats. Dans les goitres basedowifiés, au contraire, le traitement thyroïdien donne de bons effets.

M. Joffroy a constaté des accidents très graves dus au traitement thyroïdien dans le goitre. Le cas, où les accidents asystoliques dus au traitement ont été les plus graves, était justement un goitre basedowifié.

M. Triboulet, qui a remplacé M. Variot dans son service, a pu se rendre compte de l'amélioration qui est survenue après l'administration du traitement.

M. Variot fait remarquer qu'il a donné l'extrait thyroïdien à très faible dose (une pilule de 0 gr. 10 par jour.)

MM. Triboulet et Lipmann présentent des préparations de sang provenant de deux cas de *leucémie myélogène.*

Erythèmes polymorphes dans les angines et stomatites à bacilles fusiformes, spirilles et streptocoques.

M. Simonin a observé plusieurs cas d'éruptions érythémateuses dans les angines ou stomatites ulcéro-membraneuses, à bacilles fusiformes, spirilles et streptocoques. Ces erythèmes sont polymorphes, parfois d'apparence scarlatiniformes ils sont encore noueux et maculeux. Il arrive fréquemment que l'origine de l'infection passe inaperçue, l'éruption attirant seule l'attention. La plupart de ces erythèmes sont dus aux streptocoques. M. Simonin rappelle que le bleu de méthylene recommandé par M. Siredey amène rapidement la cicatrisation des ulcérations.

Cystite à bacilles d'Eberth.

MM. Léopold Lévi et Lemierre présentent un cas de cystite à bacille d'Eberth. Les observations faites en Allemagne prouvent que l'élimination de bacilles d'Eberth se prolonge quelquefois longtemps après la guérison de la fièvre typhoïde. L'urotropine donne de bons résultats dans cette cystite. J. N.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Cinquième session.

Suite (1).

Rein mobile avec déplacement de l'organe derrière l'estomac

M. le Dr P. Hamonic. — Le rein se mobilise d'ordinaire dans le sens vertical et s'abaisse vers la fosse iliaque. Plus rarement, il subit un déplacement horizontal et se porte en dedans, vers la colonne vertébrale. Dans ce dernier cas, la caractéristique clinique est, d'une part, l'intensité des phénomènes douloureux, et, d'autre part, l'absence de troubles urinaires. Le déplacement horizontal n'est jamais absolument isolé. Il coïncide toujours avec un certain déplacement vertical. Mais alors ce dernier occupe le second rang dans le tableau clinique.

M. F. Legueu. — J'opère les reins mobiles compliqués ; j'opère aussi ceux qui sont simplement douloureux : mais je n'opère jamais pour cette seule raison qu'il y a mobilité rénale et dyspepsie ou neurasthénie. Quand, au contraire, en même temps que ces symptômes, le rein mobile est douloureux, j'ai eu de l'opération des résultats excellents, et au point de vue nerveux et au point de vue dyspepsie. En toute autre circonstance, je me contente de prescrire une ceinture sans pelote : car je n'ai jamais vu la pelote maintenir constamment et efficacement un rein mobile.

Etat de période vasculaire dans le rein mobile.

M. Pasteau (de Paris). — Il existe entre l'ectopie rénale congénitale et le rein mobile une série de cas de transition qui permettent de ne pas les considérer comme des affections absolument distinctes. On peut diviser les reins mobiles, au point de vue de leur déplacement, en deux grandes classes, suivant que le rein se déplace absolument verticalement, ou qu'il descend de plus en plus obliquement vers la ligne médiane et, jusqu'à être presque ou absolument transversal dans la région ombilicale. C'est dans le cas de rein mobile vertical qu'on rencontre le maximum d'allongement pédiculo-vasculaire, et cet allongement peut être alors souvent considéré comme congénital et primitif. Dans le cas de rein mobile oblique, les vaisseaux sont toujours moins distendus. C'est dans cette catégorie qu'il faut faire rentrer les observations de luxation du rein, caractérisée par un début brusque et des phénomènes douloureux dus à la congestion du rein par torsion du pédicule.

M. Frantz Glénard. — Le fait capital pour l'histoire de la maladie du rein mobile et dont l'existence est consacrée par les rapports, c'est ce fait apporté par la doctrine de l'entéroptose en 1885, que la maladie du rein mobile peut n'être pas causée par la mobilité du rein et que, dans la forme dyspeptique de cette maladie, c'est une autre maladie, l'entéroptose qui est la cause de tous les symptômes. Ce fait est d'autant plus important que l'entéroptose, en faisant connaître le rein mobile de l'hypochondre a décuplé la fréquence du rein mobile et que le traitement peut comporter une intervention chirurgicale. Or, la doctrine de l'entéroptose soutient que dans toutes les formes de la maladie du rein mobile, c'est l'entéroptose qui cause les symptômes et que le rein mobile est dans tous les cas un simple phénomène sans valeur pathogénique. Il existe en effet une forme neurasthénique et une forme douloureuse de l'entéroptose et ces formes sont identiques qu'il y ait ou non un rein mobile ; qu'il y ait ou non un rein mobile, la sangle a la même efficacité. Le nombre des cas de rein mobile sans entéroptose est tellement restreint, relativement au nombre des cas d'entéroptose avec rein mobile qu'on doit admettre une forme larvée d'entéroptose, et non une forme silencieuse du rein mobile pour les expliquer. L'entéroptose existe là où se trouve son syndrome objectif et subjectif fondamental et non ailleurs. L'écueil n'est pas seulement de ne pas la trouver là où elle est, mais de la trouver là où elle n'est pas, c'est ainsi que le nombre des cas d'entéroptose à un âge avancé de la vie doit être diminué au profit des cas d'entéroptose chez les sujets plus jeunes atteints ou non de rein mobile. Le diagnostic ne doit pas être porté d'après la forme, le volume ou la situation de l'abdomen, car l'entéroptose est d'origine viscérale et non pariétale. Les crises du rein mobile sont identiques à celles de l'entéroptose sans rein mobile, ce sont des coliques sous-hépatiques canalisées dans la partie droite du côlon. Le traitement est inefficace si l'on se borne à appliquer une sangle, car l'entéroptose est une affection digestive et spécialement de l'intestin : la sangle agit contre la ptose de l'intestin. Les quatre agents fondamentaux du traitement sont : 1° la sangle, 2° les laxatifs quotidiens et en général le sulfate de soude à la dose de 7 grammes, 3° un régime dont la diète carnée est la base, 4° le bicarbonate de soude et, s'il y a des crises paroxystiques, les cures usitées contre la lithiase biliaire. L'insuccès du traitement prouvera qu'il s'agissait ou d'une maladie propre du rein sans rapport avec sa mobilité, et qu'il y avait erreur de diagnostic, ou qu'il y a une complication de l'affection digestive. Alors l'indication chirurgicale se pose comme dans les maladies du rein sans mobilité, ou les affections digestives sans entéroptose. L'entéroptose est par-

tout acceptée aujourd'hui comme maladie spéciale. Sa fréquence est très grande. Godart-Danhieux, de Bruxelles, et Einhorn, de New-York, la fixent, comme moi, à 30 pour 100 des malades chroniques souffrant de troubles digestifs à un titre quelconque.

M. PAUL DELBET (chef de clinique chirurgicale). — Après avoir suivi plusieurs malades, lu la plus grande partie de ce qui a été écrit sur le rein mobile, je suis arrivé à cette conviction que le rein mobile est une affection d'origine presque toujours utérine, et qu'elle est la conséquence d'une infection atténuée. L'utérus ayant été infecté, l'infection gagne par le paramètre ou l'uretère l'atmosphère périrénale, provoque la fonte de la graisse périrénale, la distension des tractus conjonctifs et permet au rein de s'abaisser. La pathologie générale apprend, en effet, que l'infection amène la diminution de la résistance des tissus : c'est dans les cures radicales de hernie, les laparotomies qui ont suppuré, que les éventrations sont les plus fréquentes. Les maladies de l'utérus peuvent agir en affaiblissant le plancher pelvien, en provoquant l'amaigrissement, en amenant la distension du ventre par la grossesse : aucun de ces mécanismes ne suffit cependant à expliquer le rein mobile, car il se rencontre en dehors de ces conditions. Je base ma théorie de l'infection utérine sur la fréquence du rein mobile pendant la vie génitale de la femme : sur la coexistence chez les petites filles de la vulvo-vaginite, l'existence de douleurs lombaires, symptômes initiaux de la métrite, la coexistence chez toutes les malades, complètement examinées, de métrites ou de salpingites, avec le rein mobile. Je me base, en outre, sur ce fait, que sur 7 malades opérées par M. Le Dentu, du rein, à Necker, 2 malades qui ont subi la néphropexie ou la néphrectomie ont continué de souffrir, 4 malades qui n'ont subi que le curettage, l'amputation du col, la colpopérinéorraphie, ont guéri. M. Bazy a publié le premier cas de ce genre. Sur une des malades que j'ai observées, j'ai, de plus, relevé un fragment du rein. M. Pettit a constaté l'existence d'une néphrite épithéliale latente. La théorie de l'infection utérine explique, de plus, toutes les manifestations du rein mobile : coexistence de la neurasthénie, de la dilatation de l'estomac, de la gravelle et l'hydronéphrose intermittente par le développement de brides autour de l'uretère. Pratiquement, je suis conduit par ces considérations à conseiller l'examen attentif de l'appareil génital de toute femme qui vient consulter pour le rein mobile : existe-t-il des lésions du côté de l'utérus et des annexes, il faut s'adresser d'abord à ces lésions et s'efforcer d'en obtenir la guérison. Les accidents disparaissent souvent spontanément sous l'influence de cette simple thérapeutique.

Deuxième séance.

M. BRIN (d'Angers). — M. Brin a soigné 11 cas d'uréthrite blennorrhagique compliquée d'orchite, il a pratiqué des lavages immédiats de l'urèthre à faible pression. Les avantages de la méthode sont : 1° de gagner du temps, les 10 ou 15 jours que dure l'orchite ; 2° d'amener rapidement l'indolence testiculaire ; 3° de permettre très vite au malade de vaquer à ses occupations. Plusieurs de ses malades n'ont jamais gardé le lit, même pas le premier jour du traitement.

M. ESCAT partage cette opinion et fait des lavages dans tous les cas de complications d'orchite ou de prostatite, excepté à la période aiguë. Mais il préfère aux lavages les instillations de protargol.

M. BRIN craindrait les instillations, qui paraissent contre indiquées à la période de l'uréthrite où apparaît l'orchite.

M. GENOUVILLE est aussi partisan des grands lavages.

Diagnostic et thérapeutique de certaines uréthrites chroniques.

M. MOTZ. — En nous basant sur l'étude d'un grand nombre d'urèthres atteints d'inflammation chronique, nous pouvons affirmer que ce sont les adénites du corps spongieux qui sont la cause principale, essentielle de longue durée et de la difficulté de la guérison de la grande majorité des uréthrites chroniques. Ces constatations anatomo-pathologiques sont d'accord avec les résultats d'observations cliniques qui nous indiquent la ténacité de toutes les variétés d'adénites. Il y a donc une nécessité absolue, pour bien diriger la thérapeutique des uréthrites chroniques, de chercher, par tous les moyens possibles, à se rendre compte de l'étendue et de la profondeur des lésions uréthrales. L'uréthroscopie peut, dans certains cas, nous donner de précieux renseignements. Mais, sans entrer dans la discussion de l'importance de l'uréthroscopie en général, il suffit d'étudier, au point de vue microscopique, quelques urèthres chroniquement enflammés, pour voir qu'il y a des lésions ou très loin situées ou séparées de la surface par les infiltrations embryonnaires de la muqueuse, dont l'existence ne peut pas être constatée à une simple inspection de la muqueuse.

Le palper direct de l'urèthre ne donne qu'un résultat absolument imparfait. Le palper doit être fait par une bougie rigide : le mieux est une bougie Béniqué de gros calibre. L'examen attentif, dans ces conditions, de quelques urèthres normaux, habitue la main à sentir avec la plus grande facilité toutes les infiltrations, toutes les nodosités que présentent au moins trois quarts de la circonférence de l'urèthre antérieur. Ces infiltrations chroniques rebelles, au traitement ordinaire, se présentent le plus souvent sous la forme de petites nodosités rondes, dures, glandulaires, ou sous la forme de plaques plus ou moins diffuses. Les infiltrations localisées, arrondies, peuvent quelquefois acquérir un volume assez considérable pour que le malade lui-même puisse, par le simple palper, les sentir et suivre leur diminution et leur augmentation. Cet examen ne peut malheureusement pas nous fournir de renseignements absolument complets sur l'état de l'urèthre antérieur, parce qu'on ne sent pas bien la partie supérieure qui se trouve au-dessous du corps caverneux ; mais malgré cela, il peut nous rendre les plus grands services dans les cas où les lésions ne sont pas exclusivement localisées à la partie supérieure. La constatation de la présence de ces infiltrations est importante au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. Le pronostic de ces cas est mauvais, et il est de notre devoir d'en prévenir le malade. Quant à la thérapeutique, on peut être sûr que, surtout dans les cas de nodosités, tous les lavages, toutes les instillations et cautérisations de la muqueuse n'aboutiront à rien, parce que la lésion est profonde et le plus souvent glandulaire. On ne s'arrêtera pas à ces traitements palliatifs, mais on commencera dès le début le traitement mécanique. Ce traitement consiste dans la dilatation de l'urèthre au moins pendant dix minutes avec des grosses bougies métalliques d'*un massage* sur le Béniqué des infiltrations uréthrales. Il ne faut pas cependant se faire des illusions et croire qu'il soit suffisant de faire quelques petits massages des infiltrations uréthrales pour obtenir une guérison rapide des uréthrites qui durent des années. Le traitement demande un certain don de patience aussi bien de la part des malades que de la part des médecins. Ce traitement donnera pourtant aux médecins la conviction qu'il suit la voie la plus courte qui mène à la guérison de son malade, parce que sa conduite est d'accord avec celle qui est appliquée maintenant à toutes les infiltrations chroniques comme prostatite péri-uréthrite, etc.

M. HENRY REYNES (de Marseille). — Quand il s'agit de rechercher les causes qui entretiennent les uréthrites chroniques, il faut non seulement examiner l'urèthre, mais les appareils annexes ; par le toucher rectal et par le procédé des mictions multiples en plusieurs verres, on arrive à dépister avec une parfaite précision des lésions prostatiques ou vésiculaires qui entretiennent l'uréthrite. Dans plusieurs cas j'ai pu, en cinq ou six séances de massage pratique sur la prostate ou les vésicules, amener la guérison rapide. Ce mode d'exploration, bien connu des spécialistes, méritait d'être rappelé à tous les médecins.

Traitement de l'arthrite blennorrhagique par l'arthrotomie

M. PAUL DELBET. — Gosselin, le premier, conseilla de ponctionner les articulations atteintes d'arthrite blennorrhagique. Rendu a employé avec succès la ponction et l'injection de sublimé. C'est en 1892 que commença la véritable période chi-

rurgicale avec Thierry, Walther, Tédenat, Spencer. Cependant, et malgré les thèses de Hopenkendler, Parizeau, Ibref, la méthode paraît avoir pris peu d'extension. Seuls Forgues et Reclus recommandent énergiquement l'intervention. L'intervention est cependant parfaitement rationnelle, car il est démontré que le rhumatisme blennorrhagique n'est qu'une arthrite infectieuse. Voici d'ailleurs deux faits bien caractéristiques : dans un premier cas, j'ai soigné une jeune malade atteinte d'arthrite tibio-tarsienne, par les procédés médicaux : elle a mis six mois à guérir et a conservé de l'ankylose. Dans le second, j'ai traité par l'arthrotomie une arthrite du genou ; le malade, immédiatement soulagé, a guéri en cinq semaines avec un genou mobile. Je conseille l'arthrotomie dans tous les cas que le traitement par l'immobilisation et la révulsion n'améliore pas rapidement : dans les pyarthrites, les arthrites très douloureuses et les arthrites ankylosantes.

Les conditions de la stérilité dans l'orchite blennorragique double.

M. Paul Delbet. — Il est un préjugé trop répandu, c'est que l'orchite blennorragique double entraîne fatalement la stérilité. A la vérité, la stérilité est fréquente, mais ce qu'on ignore, c'est que le plus souvent elle est aisément curable. Dans certains cas, le mariage des sujets atteints antérieurement d'orchite double reste stérile, parce que l'homme a conservé une goutte imperceptible, parfois sans gonocoques apparents, et qu'il infecte la femme dès les premiers coïts. C'est alors la femme surtout qu'il faut soigner ; j'ai observé et guéri deux cas de ce genre. Dans d'autres cas, c'est bien l'homme qui est atteint, mais le fait est très rare. Pour ma part, aucun des malades que j'ai observés n'a présenté de stérilité. Cela tient à ce que ce sont des malades que j'ai complètement guéris, par les lavages, de l'uréthrite chronique qui provoquait cette stérilité. La stérilité vraie ne survient, à mon avis, que chez les malades atteints d'orchite double avec gonflement énorme, douleur intense, dans le début de l'infection, dans les cas véritablement suraigus.

Uréthrorrhagie d'origine hépatique.

M. Nogues rapporte une observation d'uréthrorrhagie antérieure survenue chez un homme de 54 ans, atteint de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique (maladie de Hanot.) Le malade avait bien quelques antécédents urinaires et en particulier une infection vésicale remontant à plusieurs années, mais le canal était parfaitement sain. D'ailleurs, les conditions dans lesquelles se sont produites ces hémorrhagies montraient bien qu'elles avaient leur source dans l'urèthre antérieur seulement, sans aucune participation de l'urèthre prostatique ni de la vessie. Il ne s'agissait pas d'un petit suintement coloré, mais bien d'un véritable écoulement sanglant ayant tous les caractères d'une hémorrhagie abondante. Les injections à antipyrine en solution à 3 p. 100, constituèrent un hémostatique excellent. L'origine hépatique de cet écoulement sanguin fut bien démontrée par l'apparition, à quelque temps de là, d'accidents semblables, au niveau de plusieurs autres muqueuses (épistaxis, stomatorrhagie, hémoptysie, melæna, purpura.) Le malade succomba dans les trois mois qui suivirent.

Nouvelle méthode d'uréthrotomie interne : pas de sonde à demeure ; dilatation rapide.

M. Henry Reynès (de Marseille). — Je considère comme exagérées les craintes d'infection ou d'hémorrhagie après les uréthrotomies internes ; avec M. Villeneuve (de Marseille), je crois qu'après cette opération on peut s'abstenir de la sonde à demeure. Voici la technique que j'emploie avec succès depuis plus de deux ans : 1° antisepsie (j'emploie le sulfibenzoate de soude) ; 2° incision avec le Maisonneuve ; 3° introduction d'une sonde ordinaire 17, ou 18, et lavage de la vessie avec le nitrate faible ; laver le canal en retirant la sonde ; 4° séance tenante, dilater avec bougie cylindro-conique ou des Béniqué 17, 18, 19, 20, 21 ; 6° *habillage* antiseptique de la verge et du gland. Dans la journée, le malade urine seul, sans sonde : après la miction, il lave et « rhabille » sa verge. Le soir et jours suivants, nouveau lavage et calibrage progressif. En trois ou cinq jours, on arrive au 28 ou 29. Le malade guéri n'a plus qu'à être surveillé et calibré de temps en temps.

M. Nicolich (de Trieste), qui a fait environ 500 uréthrotomies, a une opinion toute différente. Il a essayé quelquefois de supprimer la sonde à demeure, mais avec mauvais résultats. C'est à cause de la fièvre qu'il laisse la sonde à demeure, celle-ci assurant l'absence de frissons et de fièvre, tandis que le retrait les amène fréquemment.

M. Tédenat (de Montpellier) a pratiqué 650 uréthrotomies internes, sans décès et sans accidents, avec la sonde à demeure laissée 24 heures, 48 heures au plus, s'il a fait une incision avec l'instrument de Civiale. Dans notre thèse de Grégori, on voit qu'alors l'uréthrotomie interne était considérée comme très meurtrière, c'est la sonde à demeure qui a changé ce pronostic.

M. Escat (de Marseille) a vu pendant un an Horteloup enlever heureusement la sonde à demeure : des accidents arrivaient. Bien des malades peuvent se passer de ce drainage, mais même si l'urine est aseptique, Horteloup laissait la sonde à demeure quatre ou cinq jours. M. Escat en a vu mourir, faute de sonde à demeure, et au contraire, grâce à elle, l'uréthrotomie est toujours bénigne. Quant à la dilatation immédiate, déjà présentée par Reybard, *oubliée depuis*, elle avait dans ses mains des résultats déplorables. La dilatation lente amène, en outre, de meilleurs résultats définitifs.

M. Pousson (de Bordeaux) ne veut pas rééditer les arguments qui viennent d'être fournis sur les grands avantages, sinon sur la nécessité de la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne ; mais il tient à dire qu'il s'associe sans réserve aux opinions émises sur ce sujet. Il ne manque jamais d'avoir recours à la sonde à demeure et, sans lui attribuer les résultats constamment heureux qu'il a obtenus dans les 400 à 500 uréthrotomies qu'il a faites jusqu'à ce jour, il croit qu'une bonne part lui en revient. Il s'élève contre les manœuvres intra-uréthrales après la section interne. L'uréthrotomie interne est assurément l'opération la plus bénigne de la chirurgie, mais à la condition expresse qu'elle soit faite avec les plus minutieuses précautions, d'ailleurs à la portée de tous les médecins, et que tous devraient pouvoir pratiquer, dans quelque localité qu'ils exercent. Ces précautions ont été formulées par le chef de l'Ecole de Necker, et il est bon de le rappeler ici.

M. Loumeau. — Il y a quelques années, à la suite des expériences d'Horteloup dont M. Escat parlait tout à l'heure, j'ai moi-même essayé de supprimer la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne, chez un certain nombre de malades à urines aseptiques. Je n'ai eu tout d'abord qu'à me louer à tous égards de cette simplification du manuel opératoire. Mais chez un malade qui me paraissait remplir les mêmes conditions favorables que mes précédents opérés et auquel je n'appliquai pas non plus de sonde à demeure, les choses marchaient tout autrement. Je constatai, le soir même de l'opération, une élévation thermique à 40°,6 et une agitation délirante excessive avec anurie à peu près complète qui dura douze heures, tous accidents qui se terminèrent par la guérison, mais m'émotionnèrent profondément. Depuis ce moment, j'ai renoncé à cette manière de faire et j'emploie constamment, sans impossibilité matérielle de mettre la sonde, ce qui est très rare, la méthode si simple, si bien réglée, si pleine de sécurité de M. Guyon. Quant au second point de la communication de M. Reynès visant la dilatation immédiate sitôt après l'uréthrotomie interne, je crois devoir le repousser complètement et je le repousse même plus énergiquement encore que la suppression de la sonde à demeure, suppression évidemment inoffensive en certains cas, mais à coup sûr extrêmement imprudente.

M. Le Dentu (de Paris) a jadis fait des uréthrotomies sans sonde ; il a essayé depuis de la supprimer. Il n'a d'ailleurs pas eu de décès chez des individus sains. Quand il ne mettait pas de sonde, il y avait 38° ou à 38°5 le deuxième jour ; quand il se servait de sonde, au contraire, il n'y avait pas d'élévation de température. Quand il la laissait trop longtemps, au delà de trente-huit à quarante heures, la fièvre

reparaissait. Chez un malade infecté, on la laissera cependant plus longtemps. Il ne faut pas faire de dilatation immédiate : ces manœuvres seraient dangereuses.

M. Noguès croit que le passage de l'urine entre la sonde et le canal n'arrive pas si la sonde est bien placée.

M. Frank recommande, en cas d'hémorrhagie, l'extrait de capsules surrénales. A l'endoscope, on constate, après son application, l'anémie de la muqueuse.

M. Reynès se réserve de répondre après une plus grande expérience, mais ne peut comparer sa façon aseptique de procéder avec ce qui se passait avant la période antiseptique, avec des sondes non stérilisées. Faite aseptiquement sa méthode ne présente aucun danger.

M. Albarran. — On peut souvent faire une uréthrotomie sans accident : mais on a observé des accidents formidables chez des malades uréthrotomisés, et non soumis à la sonde à demeure.

Résultats éloignés de l'uréthrotomie interne.

M. Paul Guillon (de Paris). — Ce travail a été fait à la clinique du Dr Desnos : il porte sur les dix dernières années pendant lesquelles deux cent quatre-vingt-huit uréthrotomies internes ont été pratiquées, sans un seul décès. Plus de 150 malades ont été revus régulièrement depuis : chez presque tous ceux qui n'avaient pu ou voulu se soumettre à une dilatation méthodique et suffisante, la récidive, plus ou moins rapide, a été la règle. Pour le plus grand nombre au contraire, même au bout de dix ans, la guérison a été durable, c'est-à-dire qu'on a obtenu le maintien permanent du calibre reconquis. A quoi faut-il attribuer ces résultats ? Sûrement moins aux divers procédés d'uréthrotomies employés, qui ont chacun leurs indications bien précises, qu'à la façon dont on a procédé à la dilatation consécutive : au nombre, à l'étendue, à la durée des séances, et surtout au calibre qu'on s'est efforcé d'atteindre. On a toujours cherché systématiquement la plus haute dilatation possible pour chaque canal, sans qu'on puisse fixer un numéro déterminé, on a presque toujours atteint le no 60 Béniqué. On n'a jamais négligé, après le traitement, de réexaminer méthodiquement le canal avec un explorateur à boule, pour s'assurer que les parois en étaient parfaitement souples et régulières. Le Dr Paul Guillon insiste sur cette *vérification*, nécessaire après la dilatation *comme celle de la vessie après la lithotritie* ; c'est le seul moyen de guérir les rétrécissements larges, élastiques, qui ne siègent que sur une seule paroi et qui sont justiciables d'une uréthrotomie complémentaire. On est parvenu à obtenir de la plupart des opérés de la clinique, qu'ils reviennent régulièrement faire dilater et surtout contrôler leur canal, à des époques d'abord rapprochées, puis s'espaçant progressivement jusqu'à un an. C'est dans ces conditions, que le Dr Desnos a obtenu un nombre important de guérisons durables après l'uréthrotomie interne, qui a toujours été une opération inoffensive entre ses mains ; mais elle n'a jamais été considérée par lui que comme un temps dans la dilatation.

Le Dr Paul Guillon se demande si l'on ne pourrait résumer la formule du traitement des rétrécissements, comme l'a fait le professeur Fournier pour le traitement chronique intermittent, ou méthode des traitements successifs de la syphilis : le traitement de fond doit être la dilatation : elle sera *longue, intermittente, donnée toujours à doses thérapeutiques*, doucement conduite, suffisamment prolongée et toujours suivie d'une vérification du canal ; enfin la dilatation sera *très énergique au début*, c'est-à-dire poussée le plus haut possible, après l'uréthrotomie interne.

La méatotomie au galvano cautère.

M. Genouville. — Il est souvent nécessaire de pratiquer la méatotomie pour pousser jusqu'aux plus gros Béniqués la dilatation d'un urèthre rétréci. Ordinairement, on se sert du bistouri à bascule appelé méatotome : je propose la section du méat au galvano-cautère, comme étant exsangue, peu douloureuse et produisant une plaie peu sujette à s'infecter. Cette dernière condition, surtout, est précieuse dans le cas où, chez un malade atteint de blennorrhagie aiguë, le méat trop étroit entrave le libre écoulement du pus et gêne les lavages. Dans ce cas, l'incision sanglante, ouvrant la plaie au-devant du pus blennorrhagique, pourrait devenir un véritable danger. La technique se résume en ceci : après antisepsie et cocaïnisation, entr'ouvrir les lèvres du méat, à l'aide d'une pince hémostatique ou mieux d'un dilatateur spécial, sectionner à l'aide d'un petit couteau galvanique. La section est exsangue, on donne à peine quelques gouttes de sang.

Troisième séance.

De l'extirpation du canal déférent et des vésicules séminales.

M. Le Dentu a pratiqué quatre fois cette extirpation. Une première observation a été résumée par M. Paul Delbet, dans les *Annales génito urinaires* ; chez le deuxième malade, il fit une ablation du canal déférent droit, dans un cas de tuberculose typique de l'épididyme avec abcès et fistules de cet organe. L'opération s'est terminée par la castration. Chez un troisième malade, il y eut association de l'extirpation du canal déférent avec celle de l'épididyme seul. L'ablation de la vésicule séminale droite fut difficile. M. Le Dentu insiste sur les précautions à prendre, en particulier dans le cas d'ablation concomitante de la vésicule séminale, plus délicate. Les points les plus importants sont la section large des parois antérieures et postérieures du canal inguinal, l'isolement du canal déférent sans le rompre, sans blesser les autres éléments du cordon et surtout sans déchirure du péritoine : la poursuite du déférent jusqu'au canal éjaculateur, le dégagement de la vésicule sans hémorrhagie grave et sans perforation du péritoine ou de la vessie. Les règles posées par Baudet et Duval sont, à ce sujet, très précises. M. Le Dentu ne croit pas qu'il faille, de parti-pris, respecter l'artère épigastrique ; on peut la couper avec ses veines entre deux ligatures. L'isolement du canal est rendu plus facile en laissant en avant tout le tissu cellulaire graisseux et en se rapprochant du péritoine. On évite ainsi le hile vasculaire de la vésicule en avant et en dehors d'elle. Ce hile est indiqué par une bride aponévrotique tendue verticalement : on fait l'hémostase en pinçant le pédicule, puis on place une ligature sur le canal éjaculateur.

Mais cette opération peut ne pas être exécutable toujours dans tous ses temps. Dans le cas d'adhérences du canal déférent au péritoine, on renoncera à son décollement. Pour la vésicule, le toucher rectal rendra de grands services, comme l'a vu M. Le Dentu dans sa troisième opération. Dans le cas d'inflammation chronique avec adhérences et suppurations, il faudrait renoncer à l'extirpation inguino-abdominale, qui ne répond qu'à certains cas simples : pour les autres, M. Le Dentu donnerait la préférence à la voie périnéale qui présente de grands avantages. L'impossibilité d'être tout à fait fixé sur l'étendue des lésions, doit rendre le chirurgien très radical. L'extirpation totale n'est pas une opération grave, mais il faut refaire soigneusement la paroi du canal inguinal. Quant aux vésicules, une lésion tuberculeuse peu développée n'est pas toujours une indication. Dans les cas de lésions vésiculaires, avec lésion du testicule et de l'épididyme, il faut enlever tout, même dans le cas de lésions moyennes. Un mauvais état général serait une contre-indication.

Nouveau procédé de diagnostic de la prostatite chronique.

M. J. Dorst (d'Amsterdam). — Si, après avoir traité l'uréthrite blennorrhagique chronique et plus tard dilaté en même temps le canal, l'on fait de grands lavages avec des solutions chaudes de permanganate de potasse, et si, dans la même séance, non seulement le premier, mais aussi le dernier verre rendu est moins beau que les autres, il y a de la prostatite, qui existe en général dans toute uréthrite blennorrhagique chronique.

Sur le diagnostic et le traitement des abcès prostatiques au cours de l'hypertrophie de la prostate.

M. Minet (de Paris). — Le diagnostic de ces abcès peut

être très difficile : 1° dans la forme latente, où n'existent pas de signes fonctionnels, et qui exposent cependant le malade aux phlegmons périprostatiques les plus graves : 2° dans les formes où les troubles sont les mêmes que ceux qui s'observent chez des prostatiques sans abcès : ces troubles sont la rétention complète aiguë, ou l'incontinence par regorgement ; la coexistence d'un rétrécissement de l'urèthre complique encore l'examen ; 3° quand il existe une maladie intercurrente d'autres organes. Ces difficultés exigent que le toucher rectal soit pratiqué chez tout prostatique. L'attention sera attirée en particulier s'il y a de la fièvre, s'il existe une épididymite suppurée ou non, ou s'il existe de la blennorrhée intermittente ou de la pyurie. Mais le toucher rectal peut quelquefois donner des résultats insuffisants ; il a pu faire croire à des abcès qui n'existaient pas, ou au contraire laisser méconnaître des abcès centraux. — S'il y a des distensions du bas-fond vésical, il peut n'être probant qu'après l'évacuation, si celle-ci est possible. Les lésions périprostatiques peuvent masquer des collections intra et même périprostatiques. Souvent on n'aura pu diagnostiquer sûrement l'abcès avant son ouverture spontanée, suivie elle-même de l'apparition de la dépressibilité d'un point au toucher rectal. Il est très important de remarquer que le toucher rectal, dans les cas de périprostatites, ne permet pas toujours de connaître exactement l'étendue des lésions, souvent beaucoup plus vaste qu'on ne l'a cru. L'incision par la voie rectale doit être rejetée absolument pour cette raison.

M. Motz (Paris) fait une communication sur les **Origines de certaines tumeurs vésicales**.

Guérison radicale de l'hypertrophie de la prostate.

M. Albarran. — Je suis convaincu de ce que, dans l'hypertrophie de la prostate, la perte de la contractilité vésicale est secondaire aux lésions glandulaires. Je crois encore que, même dans les cas invétérés, la sclérose vésicale secondaire ne joue que peu de rôle dans l'impuissance de la miction : si les malades éprouvent des difficultés à uriner ou ne pissent pas, c'est parce que l'obstacle mécanique constitué par la prostate s'y oppose et en partie aussi parce que la contractilité vésicale est inhibée. Guidé par ces idées, j'ai enlevé la prostate aussi complètement que possible, sans léser le sphincter. Il y a un an et demi, j'ai opéré deux malades par des procédés imparfaits : l'un conserva une fistule quatre mois ; l'autre guérit et reste guéri. Depuis six mois, j'ai opéré 14 malades dont les observations seront rapportées dans la thèse de mon interne, M. Petit : je n'ai eu aucune mort ; tous les malades dont le traitement est fini sont guéris : ceux qui sont encore en traitement vident spontanément leur vessie.

Gravité opératoire. — Tous mes opérés étaient infectés : leur âge moyen est de 63 ans (57 le plus jeune, 73 le plus âgé) : trois avaient de la pyélonephrite, plusieurs étaient dans un mauvais état général, beaucoup ont présenté des difficultés opératoires sérieuses. Dans ces conditions, je n'ai eu aucune mort et les suites opératoires ont toujours été simples, sauf chez un malade, dont la plaie périnéale avait été trop fermée, qui présente des phénomènes d'infection.

Résultats thérapeutiques. — Pour ces 14 malades, il en est un, parti de l'hôpital avant la fermeture de la plaie, dont je n'ai pu avoir des nouvelles ; 2 récemment opérés ont encore une sonde ; tous deux vont bien ; 3 encore en traitement, à l'hôpital, vident complètement leur vessie, mais perdent encore un peu d'urine par le périnée : ce sont des opérés récents ; 8 sont guéris ; j'entends qu'ils vident complètement et spontanément leur vessie ; les urines sont devenues claires, leur état général bon, et depuis l'opération, ils n'ont plus eu besoin de se sonder. Le plus ancien opéré date du mois d'avril ; il était en rétention complète depuis huit mois ; il reste guéri. Sur mes 11 opérés, dont le traitement est fini ou près de l'être, 4 étaient en rétention chronique complète recdi[illegible]nte depuis quinze ou dix-sept jours ; 5 avaient de la rétention chronique incomplète de 150 à 500 grammes, les obligeant à se sonder plusieurs fois par jour. L'absence de mortalité, la simplicité des suites opératoires, les résultats thérapeutiques constamment bons, ont dépassé mes espérances. Je crois la prostatectomie périnéale subtotale indiquée chez tous les prostatiques, sauf contre-indications tenant à des suppurations locales diffuses, à de graves lésions rénales, au trop mauvais état général, à l'âge trop avancé, lorsque le cathétérisme est bien toléré.

M. Proust (de Paris). — A l'heure actuelle, la prostatectomie entre de plus en plus dans les mœurs. Il importe d'en préciser la technique. L'opération se pratique encore dans un véritable puits assez profond. — Mes nouvelles recherches m'ont amené à prendre une position spéciale : *la position périnéale inversée* ou *sacro-verticale*, qui permet la rétropulsion du bord postérieur de l'incision jusqu'au coccyx même. J'espère que cette amélioration, considérable, à mon avis, non seulement pour les opérations sur la prostate, mais pour les ablations du rectum, les fistules vésico-vaginales, sera acceptée et employée comme l'ont été les détails de ma première technique, telle que l'hémisection pratique.

M. Le Fur communique un cas de prostatectomie totale par la voie périnéale chez un malade de 68 ans.

M. Pousson (de Bordeaux). — L'opération que M. Albarran vient de nous décrire si brillamment s'applique-t-elle à tous les cas d'hypertrophie prostatique ? Je ne le crois pas. Pour ne parler que de la prostatectomie sus-pubienne, je demanderai à M. Albarran de nous dire s'il estime que son procédé d'extirpation périnéale est applicable aux cas d'hypertrophie prédominante du lobe moyen de la prostate, à ces cas assez fréquents dans lesquels le lobe moyen fait, dans la vessie, une saillie analogue à celle que fait le col utérin dans le vagin. Pour ma part, je crois que ces cas relèvent de la voie sus-pubienne, mais ces réserves étant faites, je pense que la prostatectomie périnéale, telle que la conçoit M. Albarran, et telle qu'il l'a pratiquée, est appelée à un grand avenir.

M. Albarran (de Paris). — Voici en quelques mots comment j'opère :

Je fais une incision bi-ischiatique prérectale simple, sans incisions libératrices. Cela m'a toujours suffi. Je vais tout de suite à la recherche du bulbe et de l'urèthre membraneux. J'arrive ainsi au bord de la prostate et je décolle alors le rectum, que je confie à une valve protectrice. M. Collin m'a construit tout dernièrement un appareil qui permet de fixer, pour ainsi dire, cette valve au bassin du malade, et cette fixation automatique de la valve supprime un aide. Ceux d'entre vous qui ont assisté à ma dernière prostatectomie ont pu apprécier l'utilité de cet appareil. Jusqu'à ce moment de mon opération, je n'ai point touché aux releveurs de l'anus. Je les libère d'un coup de ciseau, s'ils me gênent. Mais je dois dire que j'ai pu me passer le plus souvent, de leur libération. Je fais alors une section, au bistouri, de la capsule prostatique, et je prends soin de pousser le décollement de cette capsule aussi loin que possible. Car je crois qu'il faut faire une énucléation sous-capsulaire de la prostate, à la manière de Nicoll. Les extirpations extra-capsulaires sont de beaucoup plus dangereuses. Sur ce point, je diffère essentiellement de mon ami Proust. C'est alors que, ainsi que Proust le conseille, je fais l'hémisection de la prostate. Cette hémisection intéresse la paroi uréthrale inférieure en arrière du sphincter membraneux et elle est poussée jusqu'au voisinage du col, mais sans atteindre le col. Libérant alors, à l'aide du ciseau, chaque lobe de la lèvre uréthrale correspondante, j'extirpe la partie antérieure sous-uréthrale de chacun de ces lobes, et je puis, cette extirpation faite, mettre l'index dans la vessie, abaisser le bas-fond vésical et extirper les portions restantes de prostate. L'index mis dans la vessie me sert de guide précieux, tant pour reconnaître les épaississements prostatiques non enlevés que pour protéger la paroi de la vessie. De cette façon, grâce à la capsule préalablement décollée et repérée, grâce à l'exploration facile de la vessie par le doigt, je suis sûr de ne pas m'écarter de la cage prostatique et de ne pas causer de dégâts qui pourraient devenir graves. C'est aussi grâce à ces précautions que je n'ai que des hémorragies insignifiantes. Cela est si vrai que je n'ai, pour ainsi dire, jamais besoin de faire de ligature et qu'il ne m'a fallu jusqu'ici placer de pinces hémostatiques qu'autant que je faisais des résections extra-capsulaires de la prostate.

Je répondrai maintenant à M. Pousson. La prostatectomie périnéale permet d'extirper le lobe moyen de la prostate. J'ai toujours pu l'extirper, dans mes opérations, soit en sectionnant préalablement la muqueuse vésicale, comme on le fait dans la prostatectomie sus-pubienne, soit en abaissant ce lobe avec l'index mis dans la vessie. J'ai eu recours une fois à la première de ces manœuvres et j'ai pu, le lobe moyen étant énucléé, suturer la muqueuse vésicale.

L'extirpation de la prostate étant achevée, je suture l'urèthre prostatique dont j'ai préalablement excisé les bords. Car, ne l'oublions pas, l'urèthre prostatique est dilaté, dans les cas d'hypertrophie, il est devenu trop large, il faut diminuer son calibre. Mais ma suture urethrale est *partielle*, je ménage à sa partie antérieure un orifice par lequel passe le drain que je mets dans la vessie. Ce drainage périnéal de la vessie, dans les premiers jours qui suivent l'opération, a une importance capitale. Il faut le maintenir. Si le malade de Le Fur a mal supporté ce drainage, c'est parce que le drain avait été mal placé, probablement parce qu'il n'était pas assez enfoncé dans la vessie.

Je terminerai en disant que quel soit le mode d'action de la prostatectomie, elle est l'opération de choix dans tous les cas d'hypertrophie de la prostate et que c'est à la voie périnéale qu'il faut avoir recours pour extirper la prostate et entrer dans les meilleures conditions de technique et de sécurité.

L'opération de Bottini chez les prostatiques.

M. Carlier (de Lille). — Devant l'inefficacité de toutes les opérations pratiquées sur les tubercules et les cordons pour modifier la situation des prostatiques, et confiant dans les résultats obtenus par quelques chirurgiens au moyen de l'incision galvano-caustique de la prostate, M. Carlier a traité huit prostatiques par le procédé de Bottini. Suivant la conformation de la prostate hypertrophiée, il a fait une, deux ou trois sections, en portant la lame de l'instrument au rouge blanc. Presque toujours, la section fut faite en arrière sur la ligne médiane, trois fois la section fut médiane et en même temps bilatérale, mais dans aucun cas, et M. Carlier insiste sur ce point, on ne fit de section sur la paroi antérieure du col vésical. La durée moyenne de l'acte opératoire proprement dit a été de vingt-cinq secondes. L'urèthre postérieur a toujours été soigneusement désinfecté, ainsi que la vessie, cet organe fut ensuite dilaté par introduction d'air.

Considérés dans leur ensemble, les résultats obtenus sont plutôt médiocres. Deux malades ont été opérés trop récemment pour entrer en ligne de compte. Des six autres, un seul a vraiment bien bénéficié de la méthode. C'était un homme de 57 ans, qui, depuis deux ans, était rétentionniste absolu. Une première section médiane ne donna rien chez ce malade, une seconde section, faite un mois après la première et comprenant trois incisions, l'améliora au point que deux mois après l'opération, ce malade ne se sondait plus du tout, mais sa vessie contenait encore un résidu de 100 grammes. Quatre autres malades urinent plus facilement qu'avant l'opération, mais leur urine résiduale, tout en étant moindre qu'auparavant, est encore assez importante. Un malade fut pendant plusieurs semaines incontinent nocturne : cette incontinence a actuellement pris fin.

Bien qu'il n'ait eu aucun accident à déplorer et que l'opération soit facile à exécuter, M. Carlier ne croit pas à l'avenir de l'opération de Bottini qu'il considère comme une opération peu chirurgicale. Dans les cas heureux, elle ne lève que momentanément l'obstacle à l'émission des urines, elle n'empêche pas le développement ultérieur de la prostate.

M. Desnos (de Paris). — De la discussion brillante qui vient de se produire, résulte la nécessité d'opérer les prostatiques : mais, à mon avis, les procédés doivent varier avec la forme d'hypertrophie et je tiens à préciser celles qui me paraissent relever de la section galvano-caustique. Les deux conditions primordiales de la prostatectomie partielle se retrouvent ici, c'est-à-dire des obstacles prostatiques faisant saillie au niveau du col, quel que soit le volume total de la prostate, d'une part, et, d'autre part, la conservation plus ou moins totale de la contractilité vésicale. Chez mes douze opérés, mes résultats furent excellents dans six cas, incomplets dans d'autres. Les difficultés du cathétérisme constituent une indication de premier ordre et chez tous le passage de la sonde a été rendu des plus faciles. La rétention a été toujours améliorée et six de mes malades sur douze ont vidé complètement leur vessie après un temps variable. Chez les autres, la quantité retenue a toujours baissé.

Parmi les contre-indications, la première est l'infection : il faut n'opérer le malade infecté qu'avec beaucoup de circonspection et jamais pendant les poussées aiguës : des cystites ont été observées, et des prostatites ont présenté une certaine gravité : j'ai même eu un petit abcès de la prostate ; aucun décès ne s'est produit. Ce dont il faut être prévenu, c'est la lenteur avec laquelle se produisent les résultats, à part la facilité du cathétérisme qui est ordinairement immédiate : quant aux complications inflammatoires, elles observent une marche analogue et diminuent lentement.

J'ai modifié le galvano-cautère de Freudenberg en supprimant la vis sans fin qui permet de développer une force inutile et même nuisible, car elle permet à la lame de sauter sur la prostate sans l'inciser. Je l'ai remplacée par une crémaillère à larges dents, mue par une roue à pignon, qui transmet à la main les moindres sensations de résistance.

M. J. Escat (de Marseille) communique une observation de **cystite pseudo-membraneuse traitée par la taille hypogastrique.**

M. Paul Guillon (de Paris) lit une observation d'**infection vésicale biennorrhagique précoce.**

M. Jules Janet fait une **relation d'une opération cystoscopique de papillome vésical pratiquée par le docteur Nitze.**

M. Escat (de Marseille) lit une **note sur l'irrigation continue de la vessie après la taille hypogastrique au moyen de l'instillation continue.**

BIBLIOGRAPHIE

Des Prématurés. Caractères, Pronostic et Traitement, par le Dr Camille Hahn (Paris, Steinheil, 1901, in-8).

Ce livre est le premier travail d'ensemble qui ait été publié sur les prématurés. S'appuyant sur les travaux de Marfan, Miller, Jastrowitz, etc., l'auteur commence par donner une vue générale des caractères des prématurés à leur naissance et dans les premiers jours qui la suivent. Parmi ces caractères, le *poids* présente une importance toute particulière. Il oscille entre 1000 et 3000 grammes. D'après lui, le poids des prématurés n'est pas en général en rapport direct avec la débilité. « Pour un même poids, 1900 gr., par exemple, on peut avoir affaire à un enfant très débile qu'on devra mettre en couveuse et qui succombera à de la broncho-pneumonie quelques jours après sa naissance. D'où viennent ces différences ? Quelquefois elles proviennent de la grandeur des parents, variable suivant qu'ils appartiennent à la petite ou à la grande espèce. Elle est due, entre enfants de la même espèce, à ce que pour ce même poids, ces prématurés présentent un fonctionnement vital différent. Il s'agit tantôt d'un fonctionnement vital entravé par les toxines, tantôt d'un fonctionnement vital amoindri, parce que les fonctions qui s'y rapportent s'exécutent avec des organes inachevés. En quoi consiste cet inachèvement des tissus qui les composent ? Cet inachèvement des tissus est lié à une structure déterminée, c'est-à-dire à un certain nombre d'éléments chimiques déterminés, correspondant à un stade donné de formation et dont l'assemblage constitue au point de vue macroscopique la forme de la cellule. Et l'auteur va même plus loin : non seulement il y a pour des fœtus du même poids des différences quant aux stades de formation, mais il y a pour des fœtus d'un même stade de formation des différences dans la puissance du fonctionnement vital, c'est à dire des différences dans les qualités des protoplasmes. Chaque qualité de protoplasma est liée à une disposition particulière des éléments et des groupements chimiques qui assurent un fonc-

tionnement plus économique, un rendement meilleur, une capacité de mieux utiliser les énergies produites. »

L'auteur, après avoir signalé l'influence de la *taille*, passe au chapitre de la *température*. A ce propos, il donne d'abord les caractères généraux qu'elle présente : température rectale pouvant s'abaisser jusqu'à 33°, persistance de cette basse température avec oscillations généralement caractéristiques. Les modifications de température, en dehors de l'état de prématuration, peuvent être liées à des symptômes gastro-intestinaux (constipation, diarrhée, vomissements), capables de déterminer une ascension brusque. Il y a danger pour le prématuré toutes les fois que « la température s'abaisse au-dessous d'une certaine limite que nous pouvons évaluer, du moins d'après les observations que nous avons vues, à 32°, dans ce que nous croyons être la moyenne des cas ». On trouve encore, dans ce chapitre, d'autres propositions comme les suivantes :

« Une température basse, persistante, se tenant aux environs de 33°, 33°5, 34°, avec de faibles ascensions seulement pendant quelques jours, peut être du plus fâcheux pronostic ».

« Un prématuré a d'autant plus de chances de présenter une température basse subnormale, que son poids de naissance est plus petit, que l'achèvement de ses organes est moindre, que la vigueur de ses tissus, autrement dit la qualité de son protoplasme est moindre, et qu'il est plus taré. »

« Au point de vue du pronostic, sauf les cas où la température reste constamment basse pendant un temps relativement long, on ne peut se baser sur la température seule, pour établir un pronostic ferme. Quand la température reste stationnaire à 33°, 34°, 35°, 36°, chez un prématuré, que ce soit ou non dans une couveuse, et surtout si elle s'accompagne d'un abaissement de poids corrélatif, le pronostic est presque toujours fatal. »

Ce chapitre traite également de l'*hypothermie* avec ses causes (inaptitude fonctionnelle partielle et ralentissement des échanges) et ses divers effets.

Dans le chapitre de la *viabilité*, l'auteur montre l'impossibilité d'un diagnostic physiologique, sinon d'un diagnostic clinique.

Appareil digestif. Les muscles de la paroi buccale et du pharynx présentent souvent une faiblesse telle que la succion et la déglutition se font mal. Toutes les sécrétions digestives sont imparfaites, ce qui, joint à une asthénie de la musculature gastro-intestinale et au fonctionnement imparfait du foie (Arnauld), donne lieu à des infériorités et troubles de toutes sortes (digestion lente, souvent difficile, absorption imparfaite, excrétion tardive du méconium, gastro-entérite). En se basant sur les statistiques et en particulier sur celle d'Arnauld, de Turin, on constate que ce sont les maladies gastro-intestinales qui détiennent le premier rang dans l'ordre de fréquence. « Quant à l'avenir de l'appareil digestif, disons qu'il restera un des appareils les plus faibles tant dans sa musculature que dans sa muqueuse. » Cela s'explique par son entrée tardive en fonction et son surmenage précoce. L'auteur insiste sur la nécessité du sevrage tardif.

Système nerveux. « L'enfant a sa naissance est plongé dans une torpeur toute particulière, les membres sont inertes ou ne produisent que de faibles mouvements. Cette torpeur est certainement due à l'inachèvement du système nerveux. On observe chez certains enfants une somnolence, une inertie musculaire qui durent jusqu'au moment correspondant à l'époque ou ils seraient nés, s'ils n'avaient été prématurés. »

L'auteur pour légitimer cette assertion, s'appuie sur l'observation de d'Outrepont, ainsi que sur divers cas observés par lui-même. Il donne ensuite un aperçu du développement psychique des prématurés pendant la première année de leur vie, avec quelques détails sur la température et sur le développement mental plus ou moins incomplet qui est l'apanage des prématurés les moins favorisés.

Quant aux maladies du système nerveux, elles sont plus fréquentes chez le prématuré que chez l'enfant à terme. « Il y a à cela plusieurs raisons : 1° la *débilité* de la cellule nerveuse ; 2° les *compressions* possibles du cerveau pendant l'accouchement, ces compressions exerçant un effet d'autant plus fâcheux que le prématuré a un âge de vie intra utérine moindre : 3° les *hémorragies* intra-crâniennes survenant à la suite des compressions précitées, aussi bien chez les prématurés tarés que chez ceux qui ne le sont pas. Elles sont causées par la grande fragilité des capillaires qui est due : *a*) à ce que les capillaires ont leurs parois friables et non encore pourvues de tous les éléments de cette contractilité cellulaire spéciale observée chez l'adulte ; *b*) à ce qu'ils n'ont pas une membrane vitrée de soutien, ni une membrane adventive ou gaine périvasculaire assez développées ; enfin, 4° dans l'enfance, un autre facteur intervient, c'est l'état d'*instabilité* particulière dans lequel se trouve le système nerveux à cet âge de la vie. Quant à la compression, elle agit aussi bien chez les prématurés tarés que chez ceux qui ne le sont pas ou qui du moins n'offrent aucune tare appréciable. Elle exerce son action pour les raisons suivantes : « 1° la voûte cranienne présente une certaine flexibilité ; 2° les prématurés possèdent, du fait même de la prématuration, des vaisseaux plus friables que ceux des nouveau-nés à terme, comme le prouve cliniquement ce fait que *la moindre pression* sur les cuisses ou les fesses, dans l'accouchement prématuré par le siège, suffit pour *provoquer une ecchymose* ; 3° du fait que les fontanelles sont plus larges, le chevauchement des pariétaux est plus étendu ; 4° on observe souvent chez ces prématurés, dans le cours de leur vie, des troubles nerveux tels qu'on ne peut les mettre exclusivement sur le compte de la prématuration sans compression. »

A ces causes s'ajoutent en cas de tare héréditaire, une « fragilité des os du crâne) qui est surtout due ici à une *dystrophie* héréditaire causée par l'intoxication des parents (alcool, tuberculose, syphilis, plomb, fièvre palustre) ».

L'auteur passe ensuite en revue les diverses complications cérébrales liées à la prématuration, l'imbécillité, l'idiotie, la débilité mentale, l'athétose, la maladie de Little, l'atrophie musculaire, la chorée, la paralysie infantile, les psychoses.

M. le Dr Camille Hahn s'élève contre l'assertion d'Audebert pour qui le prématuré est toujours un *avorton*, et il cite le cas du jeune R. L.... né à six mois 1/2 (ou peut-être moins encore). « Cet enfant d'abord très débile, âgé actuellement de cinq ans 1/2, a toutes les apparences d'une parfaite bonne santé... L'enfant est aussi grand que les enfants de son âge, il est gai, vif, très intelligent ; il est bien conformé de corps et d'esprit ; il ne présente en aucune façon les apparences d'un *avorton* ».

Respiration. — « La voix des nouveau-nés prématurés est très faible ; leurs cris sont sans vigueur, rares, monotones ». Respiration superficielle, irrégulière. Au bout de très peu de temps, il s'établit un rythme respiratoire rappelant le phénomène de Cheynes-Stockes, dont la cause principale « pourrait résider dans un sang insuffisamment oxygéné, et peut-être en même temps intoxiqué. »

Circulation. — Les battements du cœur sont faibles, quelquefois ralentis, presque toujours à peine perceptibles ; on peut observer chez les prématurés une variété d'œdème cardiaque, des hémorragies, en particulier des omphlorragies.

Appareil lymphatique. — La circulation lymphatique, particulièrement développée du fait de l'état fœtal et du surmenage fonctionnel spécial de l'organisme, peut amener, grâce à son ralentissement et à la persistance de l'état embryonnaire de la lymphe, un certain degré de lymphatisme, quelquefois même du scrofulolymphatisme. On a stimulé avec succès l'appareil lymphatique (Debove) par la saignée thérapeutique.

Passons rapidement sur le *tegument* (desquamation tardive, croissance difficile des cheveux, sclerème et ichtyose des nouveau-nés), sur les *reins*, et disons un mot des *hernies* : « D'après M. le professeur Pinard, les hernies se rencontrent au moins dans la moitié des cas. »

L'auteur consacre tout un paragraphe au *rachitisme* fréquent chez les prématurés, et un autre à la *croissance* des tissus qui présente chez eux des particularités. Un chapitre important du livre traite des « Accroissements de poids. » Il n'est guère possible de le résumer ici.

Dans le chapitre XII, ou « Aperçu théorique sur l'état du fonctionnement vital chez les prématurés débiles », l'auteur, distingue quatre sortes principales de débilité : « 1° la débilité de non-formation. 2° la débilité par intoxication. 3° la débilité par mauvaise qualité fondamentale du protoplasma. 4° la débilité par apport insuffisant de matériaux. »

Au point de vue du *pronostic*, divisé en immédiat et en tardif, nous trouvons formulées un certain nombre de propositions auxquelles nous renvoyons le lecteur. L'auteur donne diverses statistiques de *mortalité* des prématurés, selon qu'on les considère en général ou à l'hôpital, dans la couveuse, hors de la couveuse, ou dans la chambre incubatrice, et termine par le *traitement* prophylactique et curatif, où il examine les indications de l'emmaillotement, des couveuses, et des chambres incubatrices.

VARIA

Le banquet des Agrégés et la pérennité de l'Agrégation

Les agrégés de la Faculté de médecine ont offert un banquet au nouveau doyen de la Faculté de médecine, le professeur Debove. Le docteur Broca, après avoir uni dans un même toast affectueux l'ancien doyen M. Brouardel, et le nouveau doyen, a exposé les revendications des agrégés, actuellement nommés pour neuf ans et qui demandent la pérennité de leurs fonctions.

Le doyen, M. Debove, a répondu en ces termes :

« On a dit que je n'aimais pas l'agrégation. Il est difficile de répondre à un reproche que je ne comprends pas bien. Comment voulez-vous que je ne sois pas plein de sympathie pour un corps dont je suis sorti, où j'ai beaucoup d'amis et quelques élèves ? Et l'on vient dire que je suis hostile au statut de l'agrégation ; vous verrez que je le défends contre vous-même.

...La pérennité est une grosse réforme qui ne pourra pas être faite isolément. Que sortira-t-il de cette révision ? Je l'ignore. La Faculté en profitera-t-elle ? Je l'espère. En profiterez-vous ? Je n'oserais pas l'affirmer, car la réforme entraînera l'augmentation du nombre des agrégés ; il faudra un certain nombre d'agrégés spéciaux. Où prendra-t-on les fonds nécessaires pour les rétribuer ? J'ai des craintes que je n'ose même pas formuler. En un mot, je crains que les changements ne soient pas à votre avantage, vous qui êtes les *beati possidentes*. Voilà pourquoi, plus soucieux que vous-mêmes de vos propres intérêts, j'ai hésité à accepter le principe de la pérennité. Aujourd'hui je l'admets, mais je tiens à spécifier que c'est vous qui m'avez fait aborder une réforme pleine de dangers.

En tout cas, je prends l'engagement de combattre énergiquement pour le maintien des droits que vous avez légitimement acquis par votre travail. » (*Le Temps*.)

Le miracle de Toulon : les vénériennes.

« La foi n'est pas morte. Elle fait encore des martyrs, et là certes où l'on ne se serait guère attendu à en rencontrer. Une nouvelle armée s'est levée pour la défense de la croix, l'armée des filles pas même repenties.

« La Commission des Hospices de Toulon ayant décidé d'enlever des salles de l'hôpital les emblèmes religieux, l'opération ne s'est pas faite sans provoquer les protestations de certaines hospitalisées ni même celles des infirmiers laïques. De toutes les salles de l'hôpital, sauf une, on avait déjà enlevé les saintes images sans que la colère du ciel se fût manifestée par le moindre signe. Jadis, la terre en eût au moins tremblé.

« Rien. Les Saint-Joseph se laissaient déménager tranquillement. Il est vrai que tout n'était pas fini. Il restait une salle, celle des *filles publiques* en traitement. Tout espoir de miracle n'était pas perdu. Le miracle se produisit. Quand on arriva à cette salle, impossible aux déménageurs d'y pénétrer. Tout le *bataillon sacré* se tenait sur le seuil dans une attitude inaccoutumée de résistance, et pour une fois par hasard faisant défense d'entrer. Le miracle était évident. Les déménageurs durent reculer. Le commissaire de police lui même n'avait pu se faire ouvrir. Il en a coûté aux filles de la salle 14, d'être mises au pain sec, et même, paraît-il, en cellule. Et les voilà passées martyres ! Il ne leur reste qu'à se repentir. (*Le Bloc*, n° du 24 nov. 1901.)

— Ainsi, ces malheureuses femmes, honnies et conspuées par le catholicisme, reléguées par les religieuses dans les salles les plus insalubres des hôpitaux, avec la literie de rebut, une nourriture souvent défectueuse, des cours étroites quand il y en a, protestent contre les mesures prises par ceux qui voudraient les voir traitées, hospitalisées *comme les autres malades !*

Rapport sur le Sanatorium cantonal de Friedmatt
(1900. Bâle.)

Ce rapport se divise en trois parties :

La première est une statistique du mouvement des malades et du personnel hospitalier ; la seconde est un compte rendu financier : la troisième comprend des considérations médicales sur l'état sanitaire faites par les médecins de l'établissement. Ces chapitres contiennent en résumé les principales indications suivantes.

Première partie : Elle est consacrée à l'état des employés à la fin de l'année. Le nombre en était de 69, dont un *directeur médecin* et trois *médecins* assistants.

Le Sanatorium a soigné en 1900 :

17	malades de	1re classe	pendant	3.996 jours	M. payants.
129	—	2e	—	22.460 jours	M. payants.
290	—	3e	—	51.625 jours	M. payants.
87	—	3e	—	24.117 jours	gratuitement.

Deuxième partie. — Le *budget* de 1900 a été le suivant.

Sommes dépensées...........	258.066 fr. 40
— persues............	240.678 fr. 20
Déficit............	17.388 fr. 20

Les malades ont payé pour leur hospitalisation :

En 1re classe......................	9 fr. 27
2e —	3 fr. 63
3e —	1 fr. 79

Troisième partie. — Cette partie contient quelques remarques, sur les *rapports entre les maladies mentales* et la *tuberculose*. Les questions successivement discutées sont les suivantes : La tuberculose se rencontre-t-elle d'une manière particulièrement fréquente chez les aliénés ? De ces deux maladies quelle est celle qui évoque l'autre ? A la première question, les statistiques de Friedmatt permettent de répondre nettement : oui. Pour ce qui est de la seconde, les mêmes statistiques montrent que dans la moitié des cas l'aliénation précède la tuberculose : dans un petit nombre de cas, la psychose débute fort peu de temps, 1 à 6 mois, avant la mort.

Enfin ce rapport se termine par ces conclusions : 1° Il meurt trois fois et demi plus d'aliénés que de gens sains d'esprit par la tuberculose ; 2° la mortalité moyenne due à la phtisie dans les quatre établissements de Friedmatt, Waldau, Burgholgli et Königsfelden représente 2.4 % de la mortalité totale, c'est-à-dire est moitié moindre que celle qu'indiquait Hagen en 1876 ; 3° il meurt par la phtisie plus d'*aliénées* que d'*aliénés*; 4° Les phtisiques meurent plus vieux dans les sanatoriums qu'en dehors des établissements. A.

FORMULES

XXV. — Contre la pelade.

Lotion excitante à appliquer tous les matins :

1° Ammoniaque...............	40 grammes.
Essence de térébenthine....	125 —
Alcool camphré............	825 —

2° Badigeonner tous les 2 jours avec :

Teinture d'iode fraîche..
Hydrate de chloral......
Acide phénique neigeux.
} parties égales.

3° Tous les soirs, application de teinture d'iode fraîche.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab par jour.

Actes et Thèses de la Faculté.

Thèses. — *Mercredi* 18 *décembre*, à 1 heure. —*M. Lacassagne* : Contribution à l'étude de la maladie kystique du testicule ; MM. Tillaux, Chantemesse, Jalaguier et Widal. — *M. Ravaut* : Le diagnostic de la nature des épanchements sérofibrineux de la plèvre ; cytodiagnostic : MM. Chantemesse, Tillaux, Jalaguier et Widal. — *M. Bisch* : La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés ; MM. Terrier, Gosset, Delens et Walther. — *M. Iliine* : De la cure radicale de la hernie ; MM. Terrier, Gosset, Delens, et Walther.

Jeudi 19 *décembre*, à 1 heure. — *M. Landolt* : Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx ; MM. Dieulafoy, Hutinel, Méry et Rénon. — *M.Barret* : La maladie de Basedow dans l'enfance ; MM. Hutinel, Dieulafoy, Méry et Rénon.

Examens. — *Lundi 16 décembre*, à 1 heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Poirier, Gosset et Cuneo. — 3e (Deuxième partie, N. R.): MM. Hayem, Hanriot et Legry.—2e : MM. Ch. Richet, Blanchard et Desgrez. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Reclus et Legueu. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu) : MM. Fournier, Teissier et Bezançon.

Mardi 17 *decembre*, à 1 heure. — 3e (Oral, Première partie, N. R., laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Pozzi, Quénu et Bonnaire. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu, 1re série : MM. Dieulafoy, Achard et Rénon. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM. Joffroy, Dupré et Jeanselme. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité) : MM. Le Dentu, Schwartz et Marion. — 5e (Deuxième partie, Charité), 1re série : MM. Raymond, Méry et Gouget. — 5e (Deuxième partie, Charité), 2e série : MM. Proust, Vaquez et Thiroloix.

Mercredi 18 décembre, à 1 heure. — Médecine operatoire, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Poirier et Mauclaire. — 2e (Salle Richet) : MM. Retterer, Gley et André Broca. — 3e (Oral. Première partie, N. R., salle Béclard) : MM. Lannelongue, Lepage et Cunéo. — 3e (Oral, Deuxième partie, A. R.) : MM. Fournier, Joffroy et Wurtz.

Jeudi 19 décembre, à 1 heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Pozzi, Hartmann et Thiéry. — 3e (Deuxième partie, N. R., laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Gouget et Guiart. — 2e MM. Mathias Duval, Gley et Richaud. — 3e (Oral. Première partie, N. R., salle Pasteur) : MM. Guyon, Rémy et Potocki. — 4e (A. R., salle Dubois) : MM. Proust, Vaquez et Chassevant.

Vendredi 20 décembre, à 1 heure. — 3e (Deuxième partie, N. R., : MM. Blanchard, Brissaud et Netter. — 3e (Oral, Première partie, A. R., salle Richet) : MM. Lannelongue, Reclus et Wallich. — 4e (N. R., salle Thouret) : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz. — 5e (Première partie, Chirurgie, Necker) : MM. Delens, Aug. Broca et Legueu. — 5e Deuxieme partie, Necker), 1re série : MM. Landouzy, Tessier et Legry. — 5e (Deuxieme partie, Necker), 2e série : MM. Hayem, Widal et Bezançon.

Samedi 21 decembre, à 1 heure. — 3e (Oral, Deuxième partie, N. R., laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Cornil, Hutinel et Thiroloix. — 3e (Oral, Deuxième partie, N. R.) : MM. Chantemesse, Widal et Jeanselme. — 4e (N. R., salle Pasteur) : MM. Pouchet, Achard et Langlois. — 5e (Première partie, Chirurgie, Beaujon) : MM. Berger, de Lapersonne et Hartmann. — 5e (Deuxième partie, Beaujon) : MM. Raymond, Charrin et Launois. — 5e (Première partie. Obstétrique Clinique Tarnier) : MM. Budin, Demelin et Potocki.

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 24 novembre au samedi 30 novembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,029 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 392, illégitimes 145. Total 537. — *Sexe féminin* : légitimes, 378, illégitimes, 114. Total, 492.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 24 nov. au samedi 30 novem. 1901,les décès ont été au nombre de 925, savoir : 480 hommes et 445 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 3, F. 7. T. 10. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 2, F. 7, T. 9. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 12, F. 6, T. 18. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 3, F. 2, T. 5. — Tuberculose des poumons : M. 126, F. 77, T. 203. — Tuberculose des méninges : M. 10, F. 8, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 1, T. 6. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 19, F. 34, T. 53. — Méningite simple : M. 7, F. 7, T. 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 20, F. 28, T. 48. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 24, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 5, T. 12. — Bronchite chronique : M. 10, F. 13, T. 23. —Pneumonie : M. 12, F. 24, T. 36. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 53, F. 47, T. 100. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 1, F. 4. T. 5 ; autre alimentation : M. 10, F. 11, T. 21. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 0. F. 4, T. 4. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 4, F. 1, T. 5. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 6, T. 7. — Cirrhose du foie : M. 10, F. 4, T. 14. — Néphrite et mal de Bright : M. 14, F. 9, T. 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes): M.0, F. 10, T. 10. —Septicémie puerpérale (fièvre,péritonite,phlébite puerpérale) : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11, F. 14, T. 25.—Débilité sénile : M. 11, F. 25, T. 36. — Morts violentes : M. 20, F. 5, T. 25. — Suicides : M. 5, F. 3, T. 8. — Autres maladies : M. 67, F. 47, T. 114. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 7, F. 3, T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 58, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 26, illégitimes, 10. Total : 36. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 8. — Total : 22.

Société Médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris. — Dans sa séance du 11 décembre 1901, la Société a ainsi constitué son bureau pour l'année 1902 : *Président* : M. J. Noir ; *Vice-présidents* : MM. Dorison et Gustave Weil ; *Secrétaire-général* : M. P. Billon : *trésorier* : M. Kinzelbach ; *Archiviste* : M. Yvon ; *Secrétaires* : MM. Chaumont et Papillon. Sont adjoints au Bureau : M. Rotillon, délégué des médecins des Bureaux de Bienfaisance au Conseil de surveillance de l'Assistance Publique, et M. H. Gourichon, rédacteur du *Bulletin*. Le Conseil de famille pour 1902 comprend MM. Dufournier, Barbillon et Malbec, anciens présidents.

Ecole de médecine de Nantes. — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination après un brillant concours, de notre distingué collaborateur et ami, le Dr Mirallié, aux fonctions de professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Nantes.

Cette Ecole qui a compté et compte encore parmi ses maîtres tant de savants et distingués professeurs, bénéficiera avec M. Mirallié, d'un neurologiste érudit que nos lecteurs, ses camarades d'internat et ses anciens chefs de service, n'ont plus à apprécier.

Faculte mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Concours pour la place de Chef de Clinique Medicale des maladies des enfants*. — Un concours pour la place de chef de clinique médicale des maladies des enfants sera ouvert à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux le lundi 10 février 1902, à neuf heures du matin. Les chefs de clinique sont nommés pour un an ; toutefois, sur la proposition du Professeur et apres avis favorable de la Faculté, ils peuvent être maintenus en exercice pendant deux autres années. Le traitement annuel est de 1,000 francs. Les candidats non proposés pour la place de chef de clinique titulaire, mais qui auraient cependant subi avantageusement les épreuves du concours, pourront être nommés chefs de clinique adjoints. Les chefs de clinique adjoints remplacent les titulaires momentanément absents ; en cas de vacance dans le cours d'une année, ils peuvent être délégués dans les fonctions de chef de clinique jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Conditions de Concours. — Est admis à concourir tout docteur en médecine de nationalité française qui n'est pas âgé de plus de 34 ans le jour de l'ouverture du concours. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 30 janvier 1902, en produisant leur

acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine. Les épreuves consisteront : 1° en une dissertation écrite sur un sujet de pathologie médicale infantile. Trois heures seront accordées aux candidats pour l'exécution de cette dissertation ; 2° en une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie pathologique médicale infantile, après examen anatomique, microscopique, chimique ou bactériologique de trois heures. Ces deux épreuves sont éliminatoires : 3° en une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades du service de médecine de l'hôpital des Enfants, après vingt minutes de reflexion. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin et chirurgien des hôpitaux, de chef interne, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Asiles d'Aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'Internes titulaires en pharmacie : Asile Clinique, Asiles de Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif et Maison-Blanche.* — Le jeudi 9 janvier 1902, à une heure précise, il sera ouvert, à l'Asile Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un Concours pour la nomination aux places d'Interne titulaire en Pharmacie dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des Aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de *midi à cinq heures*. Le registre d'inscription sera ouvert du *lundi 9* au *mardi 24 décembre* 1901 *inclusivement*. (Voir le *numéro des Etudiants*.)

Concours pour des emplois de chef de travaux a l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. — Par arrêté en date du 4 décembre 1901 :

Un concours s'ouvrira le 9 juin 1902 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à ladite école.

Un concours s'ouvrira le 16 juin 1902 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à la dite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

Corps de santé. — *Nominations.* — Par arrêté en date du 4 décembre 1901. MM. Mourson, Magunna, Duran, Mathis, Le Strat, élèves de l'école principale du service de santé de la marine, ont été nommés à l'emploi de médecin aide-major de 1re classe stagiaire des troupes coloniales.

Necrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Achille Gouguenheim, chevalier de la Légion d'honneur, médecin de l'hôpital Lariboisière. M. Gouguenheim était un des rares médecins des hôpitaux de Paris qui se fût occupé de laryngologie et de rhinologie. Sa clinique de Lariboisière, dont les consultations étaient très fréquentées, fut longtemps le seul service hospitalier où l'on put étudier cette spécialité.

M. Gouguenheim est mort subitement, au moment où il allait prendre sa retraite, laissant chez ses nombreux élèves et amis d'unanimes regrets. J. N.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le professeur Raymond : vendredi et mardi à 10 heures. Programme d'enseignement supplémentaire : Séméiologie des maladies du système nerveux : M. le Docteur Sicard. Histologie normale et pathologie du système nerveux : M. le docteur Philippe. Psychologie clinique : M. le docteur Janet. Electrodiagnostic et électrothérapie : M. le Dr Huet. Examen du larynx : M. le Dr Cartaz. Examen des yeux : MM. les Drs Dupuis-Dutemps et Kœnig. Examen des oreilles : M. le Dr Gellé. Une affiche ultérieure indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

Asile clinique. — *Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.* — M. le Pr Joffroy : cours de Clinique des maladies mentales à l'amphithéâtre de l'Asile clinique, les vendredis et lundis à 12 heures 1/2.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin : *leçons de thérapeutique appliquée* le mercredi à 9 heures 3/4 au grand amphithéâtre de l'Hôpital de la Pitié. — *Sujet du Cours* : Séméiologie et traitement des maladies de la nutrition. — Interprétation des signes fournis par les échanges organiques, les coefficients urinaires et les rapports d'échange.

Hôpital Laennec. — *Conférences de Clinique et de Thérapeutique sur les Maladies du cœur et des vaisseaux.* — M. le Dr E. Barié : le *mercredi* à 10 heures, dans l'amphithéâtre des cours. — Une *consultation* spéciale pour les maladies du cœur aura lieu dans ce même hôpital toutes les semaines. Le jour et l'heure en seront indiqués ultérieurement.

Hopital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — Le Dr du Castel : le samedi, à 1 heure 1/2, consultation externe ; à 2 heures 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences.

Hopital de la Charité. — *Clinique obstétricale.* — M. le Dr Maygrier : le jeudi, à 10 heures.

Hotel-dieu. — *Clinique chirurgicale.* — Le Dr Lucas-Championnière : le jeudi à 10 heures. Opérations avant la leçon (amphithéâtre Desault). Opérations abdominales le mardi. Visites des malades : le mercredi (hommes, hernies), salle Saint-Cosme, et le samedi (femmes), salle Sainte-Marthe. — Le Dr Dagron, chargé du service de Massage, donne ses démonstrations le mardi et le vendredi, à 11 heures.

Clinique ophtalmologique. — (Cours de perfectionnement). M. le Pr F. De Lapersonne, assisté de MM. Weiss, professeur-agrégé de physique : Monthus, chef du Laboratoire de la Clinique ophtalmologique ; Scrini, chef-adjoint de la Clinique ophtalmologique ; Pley, chef des travaux d'optique : conférences de technique ophtalmologique, suivies d'exercices pratiques. Le mardi, à trois heures et demie, au laboratoire : Médecine opératoire. — Anatomie pathologique. — Bactériologie. Le samedi, à 10 heures, salle d'optique : conférences sur l'ophtalmométrologie. — Réfraction. — Périmétrie. — Sens lumineux et chromatique. — Thérapeutique. Chaque série du Cours de perfectionnement durera environ trois mois. MM. les docteurs et étudiants français et étrangers seront admis, après immatriculation, à s'inscrire en vue de ces cours. Le montant des droits à acquitter pour chaque série de cours est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité à 20 par série. Les bulletins de versement des droits d'immatriculation et de frais de cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies nerveuses* : M. P. Marie, le mardi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Ch. Féré, consultation le mardi, à 9 h. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville. Samedi 9 h. 1/2 très précises. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hotel-Dieu. — *Conférences d'ophtalmologie.* — M. Druault, chef de clinique de la Faculté, commencera à l'Hôtel-Dieu, le lundi 16 décembre, à 4 heures 1/2, une série de conférences pratiques d'ophtalmologie et les continuera les lundis et vendredis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne

Dutal (P.) et Guillain (G.) — Les paralysies radiculaires du flexus brachial. In-16 de 236 pages avec 10 figures. — Prix 3 fr.

Fabre (P.) — Du délire dans la gangrène sénile. In-8° de 12 pages.

Fabre (P.) — Recherches sur l'origine des variations et des vicissitudes de l'emplâtre et du baume Opodeldoch, avec un appendice reproduisant les diverses formules qui ont été successivement proposées et employées pour la préparation de ces médicaments. In-8° de 32 pages.

Hahn (C.) — Des prématurés : caractères, pronostic, traitement. In-8° de 174 pages.

Librairie GAUTHIER-VILLARS
55, Quai des Grands-Augustins

Annales de l'Observatoire municipal (observatoire de Montsouris). Tome II, année 1901. 1er fascicule. In-8° de 114 pages.

Pellat (H.) — Cours d'électricité de la faculté des Sciences de Paris. Tome I. Electrostatique. Lois d'Ohm. Thermo-électricité. In-8° avec 145 figures. — Prix. 10 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 51. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 — 21 DÉCEMBRE 1901

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

Des Urémides

Par le Dr **Paul RAYMOND**, professeur agrégé des Facultés de médecine.

Messieurs,

La loi des séries qui fait que l'on rencontre assez souvent en clinique plusieurs cas simultanés d'une même affection rare ou curieuse, nous a permis d'observer en moins d'un mois, dans notre service, trois cas d'une toxidermie encore à l'étude, l'urémie cutanée. Il s'agissait de trois femmes qui étaient en traitement pour des accidents urémiques et chez lesquelles nous vîmes apparaître une éruption dont la nature était intéressante et dont la valeur séméiologique était considérable. Cette éruption était une urémide : c'est, en effet, sous cette dénomination, proposée par M. Lancereaux, que l'on désigne certaines manifestations cutanées de l'intoxication urémique, par analogie avec les complications qui se présentent du côté de la peau dans le diabète et qui constituent, vous le savez, les diabétides. Il y a longtemps que le prurit, l'urticaire, ont été signalés chez les brightiques, mais ce n'est guère que depuis une vingtaine d'années que les complications cutanées de l'urémie ont été classées. A vrai dire, Willan les avait déjà entrevues et, dès 1870, un médecin hollandais, Huet, avait publié un travail sur l'érythème papuleux urémique, mais ce mémoire avait passé inaperçu, et ce n'est guère qu'à partir de 1880, après les travaux de deux de mes maîtres, MM. Quinquaud et Lancereaux, que l'importance de ces dermopathies est mise en relief. Les thèses de Duval, Persy, Chartier, les revues de Giraudeau, Thibierge, les travaux de différents dermatologistes français ou étrangers précisent les termes de la question, si bien qu'aujourd'hui la notion de l'urémie cutanée est devenue classique. Son étude a été pourtant quelque peu délaissée dans ces dernières années.

Quelques mots sur nos trois malades vous fixeront sur les complications cutanées que peuvent présenter les urémiques dans le cours de leur intoxication. La première de nos malades était atteinte de pyélo-néphrite consécutive à une cystite résultant elle-même d'une fistule vésico-vaginale ancienne. Elle présenta lors des froids intenses que nous eûmes à subir, des accidents d'urémie gastro-intestinale, pulmonaire, cérébrale. Un matin, nous la trouvâmes en pleine éruption de petites taches rosées irrégulières, de la dimension d'une petite lentille, s'effaçant incomplètement à la pression, groupées par plaques irrégulièrement découpées. Par places et sur le même fond érythémateux, ce sont de vraies papules et même quelques nouures. L'éruption est absolument celle de la rougeole, à tel point que l'erreur a pu être un instant commise. Elle siège à la face antérieure et externe des cuisses, au devant du thorax et sur les flancs, à la face antérieure des bras et je n'en ai jamais vu, pour ma part, qui fût aussi confluente. Le lendemain, l'éruption s'est encore étendue en descendant vers les extrémités : aspect purpurique de certaines taches qui ne s'effacent pas à la pression. La face, le cou, sont respectés. Aggravation de l'état général et mort. L'apparition de cet érythème nous avait permis de porter un pronostic fatal : nous verrons pourquoi dans un instant.

Une deuxième malade était une alcoolique, atteinte par surcroît d'une néphrite artérielle. Elle allait en déclinant peu à peu, lorsque survinrent des accidents d'urémie gastro-intestinale, puis du délire. L'avant-veille de sa mort, elle présenta une éruption de papules rosées discrètes, non réunies en plaques, siégeant au niveau des coudes, à la partie postérieure du bras et de l'avant-bras. Notre troisième malade était, de même, atteinte d'urémie grave et elle présenta avant sa mort une éruption érythémateuse sur différentes parties du corps.

Dans ces trois observations, il s'agit d'érythème maculeux, papuleux, noueux même, suivant les points, mais parmi les observations d'urémides que je retrouve dans mes notes, en voici dans lesquelles on constate d'autres éléments éruptifs.

Dans l'une, il s'agit d'un homme de 50 ans, observé à l'hôpital Saint-Louis : il est atteint d'une néphrite avec petite urémie, myosis, langue sèche, diarrhée, délire nocturne, etc. Il est pris d'une éruption pemphigoïde siégeant un peu partout, mais surtout sur le thorax. Les bulles surviennent par poussées successives

et d'intensité variable. Je lis dans l'observation que, 15 jours après l'entrée, il se produit de grandes squames larges, jaunes, semblables à celles du pemphigus foliacé. L'albumine disparut à peu près, et le malade finit par guérir.

Une autre malade, que j'observai à l'Hôtel-Dieu, était âgée de 31 ans, et présentait une néphrite diffuse. Trois jours avant sa mort, par urémie cérébrale avec convulsions, délire et coma, elle présenta des épistaxis et du purpura des membres inférieurs.

Une dernière observation fort intéressante est celle d'un malade, que je soignais pour une néphrite ascendante consécutive à une cystite ancienne suite d'uréthrite blennorragique avec rétrécissement. Il présenta un jour une éruption eczématiforme d'abord localisée à la face ; bientôt l'éruption s'étendit : il y avait sur un fond d'une rougeur diffuse quelques vésicules fugaces. Au bout d'un mois, la lésion guérissant d'un côté, mais reparaissant de l'autre, je vis apparaître quelques bulles disséminées. Je portai alors un pronostic grave, et je prévins la famille : celle-ci ne pouvant admettre que ce qu'elle prenait pour une simple maladie de peau eût une telle gravité, pria M. le Dr E. Besnier de voir le malade en consultation. Ce savant maître accepta mon diagnostic d'urémide et quelques jours après, survenaient des accidents d'anurie qui emportaient rapidement le malade.

Voici donc, aussi résumés que possible, quelques exemples qui montrent que ces dermatoses urémiques évoluent sous des aspects cliniques variés.

Mais il ne suffit pas de constater l'évolution simultanée d'une lésion du rein et d'une lésion de la peau pour rattacher celle-ci à celle-là. Quatre cas, en effet, peuvent se présenter : 1° chez un sujet dont les reins fonctionnent mal, la lésion cutanée peut être d'origine médicamenteuse ; accumulation du médicament dans l'économie par suite du trouble de l'excrétion urinaire ; élimination forcée par la peau, tels sont les facteurs de ces dermopathies ; 2° la lésion rénale et la lésion cutanée sont sous la dépendance d'une même cause générale, de quelque nom qu'on la désigne : arthritisme, herpétisme, etc. Ainsi que l'a fait remarquer M. Lancereaux, la néphrite artérielle étant une manifestation fort commune de l'arthritisme, il n'y a rien de surprenant à ce que d'autres manifestations arthritiques, acné, eczéma, lichen, psoriasis, se rencontrent chez de tels sujets. Ce sont des troubles morbides parallèles, dérivant d'une même cause, mais dont l'une, la dermopathie, n'est nullement sous la dépendance de l'autre, la néphropathie ; 3° la lésion rénale est consécutive à la lésion cutanée. Nous connaissons le retentissement sur le rein de certaines dermatoses. Ce sont les néphrites congestives par fluxion réflexe, les néphrites épithéliales, que M. Gaucher a étudiées dans une thèse d'agrégation à laquelle il n'a été que peu ajouté ; 4° la lésion rénale est antérieure à la lésion cutanée et tient cette dernière sous sa dépendance. Ce sont les seuls cas qui doivent nous occuper : ce sont les urémides qui présentent un certain nombre de caractères spéciaux.

Si l'on se reporte aux descriptions qui ont été données de ces urémides, on ne tarde pas à s'apercevoir que c'est un véritable chaos. On y trouve les dermatoses les plus disparates, le prurigo à côté du purpura, l'acné à côté du pemphigus, en passant par l'érythème, le psoriasis, voire même un soi-disant eczéma papuleux. Il ne me semble pourtant pas difficile d'y mettre un peu d'ordre.

Il est, tout d'abord, une série de dermatoses qui, pour se rencontrer chez des brightiques, n'ont rien à faire, nous l'avons vu, avec l'urémie. Ce sont ces dermatoses arthritiques dont j'ai parlé plus haut, et un urémique peut être atteint d'eczéma ou de psoriasis sans avoir pour cela une urémide.

On doit éliminer, de même, la série des dermatoses microbiennes, telles que l'impétigo, l'ecthyma, le furoncle, l'érysipèle, par exemple : la peau des brightiques, comme celle de tous les intoxiqués, hépatiques, diabétiques, azoturiques, est un merveilleux terrain de culture pour de multiples espèces microbiennes. Ce n'est qu'indirectement que l'urémie agit en l'espèce. J'ai déjà eu l'occasion de vous montrer qu'en présence d'un furoncle, par exemple, il n'y a pas plus de raisons de rechercher le diabète que l'urémie, l'autointoxication par des troubles digestifs, que celle qui résulte de la rétention de principes toxiques ou de leur surproduction à la suite de la menstruation, des secousses morales vives, etc. Chaque fois que dans l'organisme circulent des poisons, des poisons endogènes notamment, la peau se défend mal contre les micro-organismes qui pullulent à sa surface et n'attendent que le moment opportun pour évoluer sous l'un des aspects morbides précédents.

Mais, dans ces cas, l'urémie n'intervient pas directement ; la relation est tout autre que celle qui domine les faits que nous allons examiner et qui doivent constituer les seules urémides. Dans ces dernières, en effet, l'intoxication urémique actionne la dermatose, sans qu'intervienne aucun autre agent. C'est sous l'influence directe, immédiate, du poison urémique que se produit la dermatose et cela par l'intermédiaire d'un trouble vasculaire toujours le même, la dilatation, la congestion.

Or, chaque fois que l'on envisage les effets des troubles vasculaires du côté de la peau, il importe de considérer à part le derme et l'épiderme et, dans le derme, ses trois étages. Quel que soit le poison qui se trouve en contact avec les vaisseaux cutanés, les résultats sont toujours les mêmes. Qu'il s'agisse d'une toxine microbienne ou de poison urémique, peu importe : le fait seul qu'il y a dilatation vasculaire, congestion cutanée, entraîne des modalités cliniques absolument semblables.

C'est ainsi que dans une étude que j'ai faite sur les lésions cutanées que détermine la toxine tuberculeuse, j'ai insisté sur ce fait que la dilatation vasculaire commande toutes les modalités cliniques. Lorsqu'elle siège dans l'étage supérieur du derme, au niveau des papilles, c'est à l'érythème maculeux que l'on a affaire : lorsqu'elle s'étend à l'étage moyen, c'est un érythème papuleux que l'on observe, de même qu'il s'agit d'un érythème noueux lorsque l'étage inférieur du derme est intéressé. Si l'épiderme est troublé dans sa nutrition à la suite de la lésion vasculaire, il se produit des altérations cellulaires qui entraînent, suivant leur intensité, la production des vésicules ou des bulles, et si enfin, à la suite d'une congestion excessive, survient une diapédèse de globules rouges ou une rupture vasculaire, le purpura apparaît.

Toutes ces modalités éruptives, qui ne sont, en somme, que des degrés d'un même processus dérivant de l'ectasie du territoire vasculaire du derme, doivent se retrouver chaque fois qu'entrent en jeu des causes portant leur action sur les vaisseaux. Les érythèmes infectieux se comportent tous de la même façon et aussi

les érythèmes toxiques. L'urémide type est un érythème et cet érythème présente les mêmes caractères que celui de la tuberculose par exemple. Lorsqu'il est limité à l'étage supérieur du derme, ce sera l'érythème maculeux, la roséole urémique. Plus prononcé, c'est-à-dire s'étendant à une plus grande surface du derme, à un plan plus profond, il deviendra l'érythème papuleux, voire même l'érythème noueux, et Huet, dans son mémoire sur l'érythème urémique, avait fort bien signalé la possibilité de ces nouures qui se développent sur les plaques érythémateuses. Si l'exsudation de sérosité et de leucocytes qui constitue l'élevure ortiée survient, on verra apparaître l'urticaire, de même que s'il y a exsudation de globules rouges, le purpura se manifestera. Il suffit de lire un travail consacré aux urémides pour se rendre compte que toutes ces formes sont signalées et, de fait, nous les retrouvons, bien apparentes ou seulement esquissées, dans nos observations.

Je ne parle pas du prurit, qui ne reconnaît pas la même pathogénie : il semble résulter de l'action directe des principes irritants du sang sur les extrémités nerveuses, et le prurigo qui lui succède n'est qu'une lésion contingente, consécutive au grattage, et qui n'est par suite, qu'indirectement la conséquence de l'urémie. Le plus souvent les lésions se limitent aux différents étages du derme et l'épiderme n'y participe guère. C'est là encore une particularité commune aux dermatoses infectieuses et toxiques ; mais ce serait une erreur de croire que l'épiderme reste toujours indifférent à la toxémie et, de même que la toxine tuberculeuse produit le zona, par exemple, de même que la toxine syphilitique détermine les syphilides vésiculeuses ou bulleuses, de même le poison urémique peut engendrer des dermatoses vésiculeuses et surtout bulleuses. Nombre d'éruptions dites pemphigoïdes reconnaissent pour cause une intoxication urémique latente ou déclarée et il ne serait pas difficile d'en rapporter des exemples. On voit, d'ailleurs, dans ces cas, coexister des lésions érythémateuses du premier groupe.

Lorsque le processus irritatif se porte enfin de préférence sur les cellules de régénération de l'épiderme, sur les cellules basales du corps muqueux, on voit celles-ci devenir le siège d'une prolifération abondante et ainsi apparaît l'herpétide exfoliatrice maligne qui doit rentrer, par suite, dans les urémides.

Ces altérations vasculaires primordiales qui commandent la lésion cutanée et l'expliquent, nous les retrouvons sur les préparations histologiques qui proviennent de la peau de l'une de nos malades. J'aborde ainsi l'anatomie pathologique des urémides, chapitre qui a été, jusqu'ici, laissé dans l'ombre.

La coupe porte non seulement sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore sur les muscles sous-jacents. Ce qui frappe, à un faible grossissement, c'est l'abondance des vaisseaux gorgés de sang et leur dilatation extrême. Cette congestion porte non seulement sur les différents plans de la peau, mais aussi sur le tissu cellulaire sous-cutané et sur les muscles eux-mêmes.

A un plus fort grossissement, on remarque que plusieurs de ces vaisseaux sont rompus : la vaso-dilatation est devenue si intense que le sang s'est répandu au dehors et, dans les interstices du derme, dans les mailles du tissu cellulaire, aussi bien que parmi les faisceaux des muscles sous-jacents, on trouve de petits points hémorragiques.

Au niveau du derme, surtout dans l'espace interpapillaire, les vaisseaux sont dilatés : une diapédèse abondante de globules blancs et rouges les enserre et tout autour, on aperçoit les fibres du derme dissociées par la sérosité. Ce sont, en somme, les lésions de l'œdème avec une dilatation vasculaire très intense et de petites hémorragies. Fait intéressant et nouveau, ce n'est pas à la peau que se limitent ces lésions : elles s'étendent profondément aux muscles mêmes que recouvrent les téguments. Il est même probable que dans l'urémie tous les vaisseaux de l'économie participent à cette dilatation qui se traduit sur la peau par l'érythème que nous étudions.

Il y a donc là des particularités réellement intéressantes et, encore une fois, tout à fait nouvelles pour l'histoire des érythèmes. Si nous reprenons l'étude de ces lésions, nous allons y trouver l'explication des phénomènes observés. La dilatation vasculaire superficielle nous donne la raison des taches érythémateuses, de la roséole observée : la localisation de ces ectasies vasculaires sur les plans moyens du derme avec sérosité diapédèse permet de comprendre l'apparence papuleuse que revêtait par places l'éruption, de même que les petites hémorragies expliquent l'aspect purpurique de certaines de ces taches. La diapédèse de globules blancs avec sérosité sur laquelle nous venons d'insister et qui constitue le substratum de l'élevure ortiée, nous explique comment l'urticaire est une manifestation fréquente de l'intoxication urémique et comment nous avons pu observer chez notre deuxième malade de l'urticaire factice ou dermographie. Les couches épidermiques étant demeurées saines, nous n'avons eu ni vésicule ni bulle. Mais ces vésicules et ces bulles ne sont pas rares et je vous en ai rapporté des exemples.

Il nous est maintenant possible de résumer les caractères de ces urémides.

1° Ce sont des éruptions qui coïncident le plus souvent avec d'autres manifestations urémiques : urémie gastrique, intestinale, pulmonaire, cérébrale.

2° Elles sont essentiellement polymorphes : il s'agit le plus souvent d'une éruption érythémateuse, mais elle peut-être érythémato-vésiculeuse, bulleuse ou encore purpurique et revêtant même l'aspect des érythrodermies exfoliantes. Elles dérivent toujours d'un érythème, c'est-à-dire d'une dilatation vasculaire.

3° Ordinairement généralisée et n'affectant aucune disposition particulière, l'éruption peut se localiser. C'est alors surtout sur les membres, au voisinage des grandes jointures, du côté de l'extension, qu'on la rencontre. Sur le tronc, elle siège de préférence aux lombes, dans le dos, à la région présternale.

4° Elle subit des exacerbations liées à des variations de la lésion rénale, à des fluctuations de l'autointoxication. C'est dans ces conditions que l'albuminurie apparaît ou reparaît, que peut survenir une glycosurie passagère et irrégulière (Quinquaud), que des variations sont constatées dans l'élimination de l'urée, etc.

5° L'urémide n'est pas le fait exclusif de la grande urémie qui s'accompagne de phénomènes graves, convulsions, coma, par exemple, etc. On peut aussi la rencontrer dans la petite urémie, chez de simples brightiques, en apparence de santé, mais en imminence de troubles graves. Il faut reconnaître toutefois que c'est surtout lorsque s'aggravent les symptômes d'intoxication, lorsque le rein se ferme davantage, que l'on voit apparaître ces urémides. Ces notions permettent de comprendre pourquoi le pronostic de ces urémides est

sombre. Comme elles indiquent une toxémie plus intense, elles peuvent faire prévoir l'imminence des accidents les plus graves et l'approche de la mort. Leur valeur séméiologique est donc considérable.

L'apparition de ces urémides est donc liée à la présence en excès dans l'économie de principes excrémentitiels dont la recherche est, par suite, d'un intérêt majeur.

Il y a quelques années, avant les travaux de M. Bouchard, on n'attachait guère d'importance qu'à l'étude de l'urée. A l'instigation de mon maître, M. Vidal, j'avais même fait quelques recherches en ce sens, et j'étais arrivé à cette conclusion que dans certaines dermatites exfoliantes il y avait le plus souvent diminution de la quantité d'urée dans l'urine, augmentation de cette même quantité dans le sang et proportion notable de substances azotées dans les squames. Mais ces recherches sont devenues insuffisantes aujourd'hui, et ce sont les différents poisons de l'urine qu'il faudrait rechercher : c'est son coefficient urotoxique qu'il importerait d'établir. Il serait intéressant de rechercher à quel degré de toxicité urinaire il y a menace de production de ces urémides, en raison, nous venons de le voir, de leur pronostic grave. Ce sont là des recherches que nous avions commencées, mais que la mort rapide de nos malades est venue bientôt interrompre.

Nous ne savons pas grand'chose du mécanisme intime de ces urémides. On ne peut soutenir, comme autrefois, qu'il s'agit d'une élimination par la peau des principes excrémentitiels, quelque évident que soit le rôle de la peau dans les fonctions d'excrétion, mais nous ne pouvons que soupçonner l'action des produits d'autointoxication sur les nerfs entraînant la vaso-dilatation par laquelle débutent les accidents cutanés.

Telles sont ces urémides liées à l'insuffisance rénale. Dermatoses à isoler dans la grande classe des érythèmes par autointoxication, elles me paraissent beaucoup plus communes qu'on ne semble le croire et, sans prétendre que tous les érythèmes, tous les pemphigus, toutes les dermatites généralisées, sont des manifestations de l'urémie, je pense que dans un très grand nombre de cas où l'on ne veut, où l'on ne sait voir que la lésion élémentaire, c'est de faits de ce genre qu'il s'agit. L'intérêt du malade exige donc qu'ils soient parfaitement connus.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Prix de la Paix et Henry Dunant.

Le prix de la Paix, dû à la générosité de Nobel, a été partagé entre MM. Frédéric Passy et Henry Dunant.

Tout le monde en France connaît Frédéric Passy, tout le monde sait qu'il abandonna volontairement le Conseil d'Etat pour se dévouer à l'œuvre humanitaire et idéale de la Paix universelle. Henry Dunant est plus ignoré parmi nous, les dictionnaires lui consacrent à peine quelques lignes, et cependant on lui doit l'acte de pitié et de fraternité qui enlève aux guerres modernes la sinistre cruauté des anciennes, nous voulons parler de la Convention de Genève.

Né à Genève en 1828, Jean-Henry Dunant assista en 1859 à la bataille de Solférino. Cet homme de cœur fut douloureusement frappé de l'insuffisance des soins donnés aux blessés. Il publia en 1862, ses *Souvenirs de Solférino*, tableau émouvant de l'affreux spectacle des maux de la guerre, et fonda en 1863 la *Société Génevoise d'utilité publique* d'où sortit peu après le *Comité international de secours aux blessés*, origine de la *Croix-Rouge*. Les Gouvernements envoyèrent des délégués au Comité de Genève, et lorsque Henry Dunant eut, par un nouveau livre intitulé : *Fraternité et Charité internationales en temps de guerre*, réveillé chez les peuples les sentiments de bonté qui, trop souvent, sommeillent au fond des cœurs, le Comité fut transformé en un Congrès qui rédigea et signa la Convention de Genève.

Parmi les monuments, les tableaux, les statues et les bustes sans nombre qui perpétuent la mémoire des hommes de guerre, fléaux de l'humanité, vous chercherez en vain un souvenir des bienfaits de Dunant. Les hommes de notre époque, victimes sans doute de leur atavisme féroce, n'estiment guère encore que la guerre et ses brutalités. Dunant a vieilli dans l'isolement et la misère, mis à l'abri de la faim par une modeste pension de l'Impératrice de Russie. Et il a fallu qu'un petit peuple du Nord, presque à l'abri des redoutables conflits belliqueux, qui chaque jour nous menacent, donne aux grands peuples civilisés cette sublime leçon, qu'il existe encore quelque part, à Genève, un homme qui se dévoua à l'humanité ; car, sans le prix Nobel, l'Europe allait, dans son monstrueux égoïsme, commettre l'infamie de laisser mourir Dunant oublié.

J. Noir.

Ouverture des Cours.

Conférences de clinique obstétricale de la Charité : M. le Dr MAYGRIER, professeur agrégé.

M. le docteur Maygrier a repris, le jeudi 12 décembre, à l'amphithéâtre Potain, la série des leçons cliniques qu'il a l'habitude de faire chaque année au cours du semestre d'hiver. Cette première leçon a été consacrée à la délivrance : meilleur choix ne pouvait être fait, l'étude de la délivrance étant de la plus haute importance pratique. Laissant systématiquement de côté tous les cas anormaux, M. Maygrier commence par la description du mé-

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT
LYSOL
ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
a la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris.

canisme normal de l'expulsion de l'arrière-faix ; cette expulsion se fait en trois temps : décollement, descente dans le vagin et expulsion proprement dite du placenta. Les auteurs ont réglé différemment la ligne de conduite de l'accoucheur pendant ce temps ultime du travail. Autrefois, sitôt le placenta dans le col, on exerçait des tractions sur le cordon ; mais les membranes pouvaient être encore adhérentes à ce moment, et, dans 7 pour 100 des cas, il y avait rétention. Actuellement, on préfère, en France du moins, recevoir simplement le placenta à la porte de la vulve pendant que les membranes sortent en bavant. Plusieurs gynécologistes étrangers se rallient à la méthode de Crédé, qui a le grand avantage d'éviter toute manœuvre interne ; mais, par contre, elle serait cause de rétention membraneuse dans 8 % des cas.

La seconde partie de cette leçon clinique est consacrée à l'étude des difficultés de la délivrance, non pas aux grosses difficultés qui nécessitent la délivrance artificielle, mais à ces très légères complications qui s'observent si souvent dans la pratique journalière. L'obstacle peut venir soit des membranes, soit du cordon, ou bien encore du placenta. Dans le premier cas, on peut avoir affaire à des membranes retenues au niveau du col, et alors il faut se garder de tirer, et faire la préhension manuelle, ou bien à une adhérence profonde des secondines ou à leur enchatonnement dans une corne utérine ; deux doigts parfaitement aseptisés iront les décoller *in utero*. Le Prof. Tarnier conseillait la pose d'un fil sur le faisceau membraneux pendant dans le vagin ; ce procédé peut être bon à condition de ne laisser ce fil en place que quelques heures. Actuellement on lui préfère, ainsi qu'à la méthode de Kaltenback, l'écouvillonnage dès la première élévation de température ; ce nettoyage est surtout indiqué dans les cas de macération du fœtus, car la caduque épaissie et tomenteuse reste toujours dans l'utérus. L'insertion vélamenteuse du cordon, ou son insertion en raquette pourraient être une cause de difficultés que l'on élimine facilement en se posant comme principe de ne jamais tirer sur la tige funiculaire. Le placenta lui-même peut être divisé en deux masses, ou bien avoir quelques cotylédons accessoires ; dans ces cas, il faut examiner avec le plus grand soin l'arrière-faix pour être certain de n'avoir rien laissé dans l'utérus. Du reste, dans tous les cas, cet examen *de visu* des annexes du fœtus ne saurait être fait trop minutieusement, si l'on tient à se mettre à l'abri d'une des causes les plus fréquentes d'infection puerpérale. Tels sont, résumés en quelques mots, les conseils donnés par M. le docteur Maygrier à ses élèves au début de leur stage, sur ce temps de l'accouchement qui, de l'avis de tous les auteurs, est le plus riche en complications, et qui commande bien souvent le pronostic du post partum.

Conférences sur les maladies de la peau : M. DU CASTEL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La première conférence a eu lieu le samedi 7 décembre. M. Du Castel présente un malade atteint de tuberculose verruqueuse de la plante du pied caractérisée par une hyperkératose en placard survenue à la suite d'une piqûre, durant depuis trois ans et accompagnée d'éléphantiasis. A propos de ce cas, il étudie la symptomatologie et le diagnostic des *hyperkératoses*. Il existe deux variétés principales d'hyperkératose : la forme diffuse et la forme localisée.

La *forme diffuse* peut être constituée par des productions épidermiques *lisses* avec ou sans hyperidrose ou par des productions *mamelonnées* et villeuses avec fissures superficielles ou profondes (ces dernières étant la cause de vives douleurs). Dans la forme diffuse, on distingue une hyperkératose symétrique des adultes à évolution rapide, une hyperkératose plantaire congénitale héréditaire ; il existe d'autres formes caractérisées par leur cause : la blennorragie, l'intoxication arsenicale, l'eczéma, le psoriasis, le pityriasis rubra pilaire.

La *forme localisée*, en placards, reconnaît comme causes : la syphilis, l'eczéma, le nævus ou la tuberculose. Le traitement varie suivant la cause. Souvent, la maladie guérit seule, dans la blennorragie, par exemple. Dans le cas qui fait l'objet de la leçon, dans la tuberculose verruqueuse, le raclage suivi de la cautérisation ignée est le procédé le plus efficace.

La conférence est suivie de présentation de malades intéressants ; elle est précédée de la consultation externe que M. Du Castel fait tous les samedis à une heure. On trouve donc, le samedi après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, un précieux enseignement de clinique dermatologique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 décembre 1901.

Influence des intoxications des générateurs sur les tares des rejetons ; dystrophie osseuse, lésions tuberculiformes sans microbe.

MM. CHARRIN et DELAMARE, ayant été amenés à injecter à des lapines pleines soit des produits bactériens, soit des diastases digestives, ont constaté chez certains de leurs descendants des lésions qu'il leur a paru intéressant de signaler. C'est ainsi que, dans trois portées, les auteurs ont rencontré des déformations articulaires rappelant la luxation congénitale de la hanche, avec vices de conformation du bassin, torsion du fémur, cavités cotyloïdes peu profondes, etc. Ces altérations s'accompagnent d'insuffisance de développement : des lapins de huit mois ne pesaient que de 400 à 700 grammes, au lieu de 1.100, 1.200 et au delà ; leurs os étaient grêles, minces, transparents. D'autre part, dans les poumons de sujets issus d'une mère soumise à des injections de poison tuberculeux (extrait éthéré d'Auclair), les auteurs ont décelé des nodules blanchâtres ressemblant à des tubercules : or, les inoculations et l'examen microscopique n'ont révélé ni bacille de Koch ni aucun autre germe. Ces nodules étaient constitués par des amas de cellules à centre nécrosé, dégénéré, et renfermaient, çà et là, des éléments analogues à des cellules géantes. Ainsi, on peut constater dans la descendance de générateurs imprégnés de toxines tuberculeuses, non seulement des malformations et des vices de développement, mais même des lésions qui, en apparence tout au moins, ont quelque chose de spécifique.

Modifications que subit l'hémoglobine du sang sous l'influence de la dépression atmosphérique.

M. J. VALLOT a fait, à son observatoire du Mont-Blanc (4.850 m.), quelques expériences sur la durée et l'activité de la réduction de l'hémoglobine. La durée de cette réduction, immédiatement après l'ascension, ne subit pas de changement notable ; par contre, au second jour ; sous l'influence du mal de montagne, elle s'accroît sensiblement ; dans la suite, l'acclimatement la réduit, d'abord brusquement, puis plus lentement, jusqu'à la faire diminuer presque de moitié : enfin, après la descente, les phénomènes redeviennent normaux, et cela, d'autant plus vite, que le séjour aux altitudes a été moins prolongé. L'activité de la réduction subit des oscillations inverses de celles de la durée. Pour éliminer le facteur « fatigue » existant dans les ascensions de monta-

*

gne, l'auteur a repris les mêmes recherches au cours d'ascensions en ballon ; dans ces conditions, la durée de la réduction s'abaisse avec une grande rapidite à mesure qu'on s'élève. La conclusion qui se dégage de ces faits, c'est que la raréfaction de l'air a pour effet une augmentation immédiate de l'activité des échanges, destinée à compenser la diminution d'oxygène ; la fatigue met obstacle à cet heureux résultat, et, poussée jusqu'à l'épuisement, elle détermine même la modification inverse ; mais le repos prolongé rétablit cette augmentation d'activité des fonctions physiologiques, qui ne s'arrête qu'à un taux élevé correspondant à l'acclimatement.

Séance du 19 décembre 1901.

Les gaz du sang à différentes altitudes pendant une ascension en ballon.

MM. J. Tissot et Hallion, dans une ascension en ballon le 21 novembre, ont fait une expérience sur les gaz du sang. De l'étude des prises de sang faites à différentes altitudes, ainsi qu'au niveau du sol avant le départ sur un chien de 48 kilogr. il résulte les conclusions suivantes : 1° la dépression atmosphérique non seulement ne diminue pas l'aptitude de l'hémoglobine du sang à fixer l'oxygène, mais elle l'augmente sensiblement, au moins pour les altitudes atteintes dans l'ascension. Ceci ressort très nettement de ce fait que le sang contenait 15cc5 de O^2 au niveau du sol, 19cc97 à 3500 m. et 15cc7 vers l'altitude de 800m, au moment de la descente. 2° Jusqu'à 3500m, l'acide carbonique contenu dans le sang ne suit pas les lois de la dissolution des gaz. Il varie, au contraire, en sens inverse de ces lois. 3° L'azote contenu dans le sang suit les lois de la dissolution des gaz, c'est-à-dire qu'il s'échappe du sang à mesure que l'altitude augmente, ou que la pression barométrique baisse. Au niveau du sol, 100 cc. contenaient en effet 3 cc. 25 d'azote, tandis qu'à 3500 m., ils n'en contenaient plus que 0,525. 4° La quantité totale de gaz contenue dans le sang augmente avec l'altitude. 5° Les quantités d'oxygène et d'acide carbonique contenues dans le sang augmentent avec l'altitude. Outre la détermination des gaz du sang, les auteurs ont mesuré la pression artérielle à différentes altitudes. La pression dans l'artère fémorale, qui était de 0 m. 15 en moyenne sur le sol au départ, est restée invariable ; elle était encore de 0 m. 15 à 3500 m., bien qu'à ce niveau il y eût une dépression de 0 m. 27 à 0 m. 28 de mercure environ.

Effets salutaires de la pomme de terre substituée au pain chez les diabétiques, à doses élevées, suffisantes pour maintenir l'équivalence de la ration alimentaire.

M. Mossé, d'après des recherches entreprises depuis 5 ans au lit du malade et au laboratoire, conclut que dans les diabètes, la pomme de terre est un aliment qui non seulement peut être permis, mais utile, susceptible d'être avantageusement substitué au pain, dans les proportions suffisantes pour maintenir l'équilibre de la ration alimentaire, c'est-à-dire, en poids, dans la proportion de 2,5 à 3 de pommes de terre pour 1 de pain. Dans ces conditions, le malade absorbe six fois plus d'eau, et trois fois autant de sels, tandis que la ration reste équivalente en matières albuminoïdes et amylacées. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 novembre. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

Respiration et échanges aux hautes altitudes.

M. Chauveau présente les notes de MM. Tissot et Hallion sur la respiration au cours de l'ascension en ballon. Le débit de gaz respiratoire a été mesuré à différentes hauteurs, et recueilli pour être analysé au laboratoire. Le débit diminue régulièrement à mesure que l'on s'élève, tandis que les échanges augmentent régulièrement. Dans les limites de 3.500 mètres, il n'y a donc eu aucune modification apportée à l'absorption de la quantité normale d'oxygène nécessaire aux tissus et à l'élimination de l'acide carbonique.

Des expériences analogues ont été faites sur le sang d'un chien emporté par les aéronautes, mais les résultats sont soumis à correction, ayant été obtenus plusieurs heures après que les échantillons avaient été prélevés.

Compensation labyrinthique en ballon.

M. P. Bonnier étudie ce phénomène de compensation de pression pour le liquide labyrinthique et pour l'air tympanique. En ouvrant les trompes d'Eustache, il a pu faire cesser le bourdonnement jusqu'à 3.500m, pour le côté gauche et jusqu'à 4.000 m. pour le côté droit. Le bourdonnement continu diminua spontanément grâce à la compensation labyrinthique après une vingtaine de minutes, la compensation tympanique suffirait à le faire disparaître à une altitude de 4000 m.

Etude du sang à de hautes altitudes.

M. V. Henry compta les globules pendant une ascension. Dans le sang obtenu par piqûre, à 2000 m.. augmentation de 14 %, et à 3.200, de 20 % ; dans une autre ascension, l'augmentation à 3200 mètres n'a donné que 18 %, enfin sur un chien dératé, à 2.200 mètres, l'augmentation n'a été que de 5 %, et à 3.600 de 11 %.

M. Jolly a aussi constaté une augmentation du nombre des globules qui a varié de 4760 à 5330 ; pendant la descente, le nombre est revenu progressivement à la normale. Dans aucun cas, M. Jolly n'a pu constater l'apparition des globules nucléés, contrairement à ce qui a été publié par M. Gaule (de Zurich).

MM. R. Lépine et Boulud montrent que l'*acide glycuronique*, qui existe dans le sang du bœuf et aussi dans le sang du chien, existe post mortem dans le foie du chien et du cobaye.

Cytologie du pus.

M. Tissot a étudié la cytologie du pus, a vu que le pus tuberculeux est caractérisé par une proportion de mononucléaires double, quelquefois triple des pus septiques, 8 fois plus forte que le pus blennorrhagique.

Malaria.

M. Raphael Blanchard rappelle que *l'anopheles maculipennis* existait où la fièvre intermittente est inconnue ; ce fait, confirmé par M. Laveran, est constaté par l'auteur, pour l'*A. bifurcatus*, à Charbonnières, près Lyon.

Chromo-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorrhagies du névraxe.

M. Sicard. — Dans le liquide céphalo-rachidien normalement incolore, l'auteur a retrouvé le pus avec des pigments, même en faibles proportions. A la suite d'hémorrhagie du névraxe, le liquide est coloré en jaune ou jaune verdâtre, réaction qui apparaît même longtemps après l'hémorrhagie.

La coloration jaune du liquide céphalo-rachidien — en dehors de l'ictère — est un élément de certitude en faveur d'une hémorrhagie du névraxe ou des méninges. L'absence de coloration n'implique pas l'absence d'hémorrhagie.

M. Keller fait remarquer qu'au cours d'une méningite le liquide céphalo-rachidien peut être coloré en jaune.

M. Widal fait la même constatation.

M. J. Lépine constate les *propriétés antihémolytiques* des solutions de nucine.

Séance du 7 Décembre. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

Coloration des sérums sanguins.

M. Darembebg rappelle qu'il a fait, comme MM. Gilbert et Hoscher, des recherches sur la coloration des sérums sanguins, publiées dans les *Archives de médecine expérimentale*, en 1901.

Pilocarpine.

M. Féré a étudié l'influence de la pilocarpine sur le travail des glandes digestives. En injections sous-cutanées, la sécrétion glandulaire augmente et la fatigue arrive d'autant plus rapidement que la secrétion est plus abondante.

Air du Métropolitain.

M. Grehant a analysé l'air du Métropolitain dans de nombreuses analyses ; il a pris l'air dans les wagons, et

dans les souterrains. L'air des wagons est plus vicié que l'air des souterrains ; ce sont les produits de la respiration des voyageurs qui ont causé cette différence. La viciation de l'air est moindre qu'on pourrait le craindre ; l'acide carbonique varie de 6 à 15/10.000 ; pour l'oxygène, le volume de ce gaz absorbé est de 0 cc. 45.

Maltose du foie.

MM. Lépine et Bonlud ont isolé. dans le foie du chien nourri de viande. du maltose par formation de cristaux de maltosazone. Le foie était conservé avant l'extraction de 15 à 24 heures à la température du laboratoire.

M. Rillet (de Constantine) sur 395 cas de fièvre palustre, a constaté 395 fois la *présence de l'hématozoaire* du paludisme, travail qui confirme l'opinion de M. Laveran.

Ferment amylolytique du sang.

MM. Nobécourt et Sévin ont recherché les variations du ferment amylolytique du sang chez les enfants normaux. Au-dessous de 2 ans, le pouvoir amylolytique du sérum est tel que 1 cc.produit le plus habituellement avec l'emploi d'amidon (en 24 heures à 37°) une quantité de glucose qui varie de 0 gr. 005 à 0 gr. 0199 ; au-dessous de deux mois, il peut être plus faible et même nul : à toutes périodes, il peut être plus fort. Chez les enfants plus âgés et chez les adolescents, la moyenne du pouvoir amylolytique est plus élevée et la quantité de glycose est comprise entre 0 gr. 02 et 0 gr. 0299.

Sang du chien dans les ascensions.

M. R. Bensaude, dans une ascension en ballon, a observé chez le chien des variations du sang dans l'artère carotide.

1° Le volume globulaire occupé dans le sang complet n'a pas varié jusqu'à 2.300 mètres ; entre 4.000 et 4.400 mètres, il y a une augmentation de 4 à 6 %.

2° La densité s'est peut être légèrement accrue.

3° Il n'y a pas eu de globules à noyau, ni poussée de petits globules rouges jeunes, ni modification des leucocytes, ni des hématoblastes.

Ibogaïne.

M. Phisalix a trouvé avec l'ibogaïne, alcaloïde nouveau, retiré par MM. Dybowski et Landrin d'une plante du Congo, nommée *Iboga*, des modifications du système nerveux. Son action porte sur tous les centres, en particulier sur le cerveau. A faible dose, il provoque une ebrieté légère, active la circulation et la respiration, augmente la pression sanguine, favorise la diurèse et les sécrétions : la température du corps s'élève de plusieurs degrés ; des doses plus fortes produisent l'ivresse hallucinatoire avec parésie d'incoordination des mouvements. A plus haute dose la respiration est atteinte, les muscles se paralysent. la température s'abaisse. il y a dépression générale et l'animal meurt dans le collapsus et l'algidité.

Lécithine dans le foie d'oie.

M. Balthazard a cherché la lécithine dans les foies d'oie. Un foie de 1.160 gr. a donné 50 % d'extrait alcoolo-éthéré et 9.8 % de lécithine, un autre 54 % d'extrait alcoolo-éthéré et 22.9 % de lécithine. La surchage lécithique du foie serait le stade qui précéderait la surcharge graisseuse.

M. Jolly a suivi les mouvements des myélocytes dans un cas de *myélocytémie* typique. Ces cellules ne sont pas des leucocytes hypertrophiés ou transformés ; ce sont des cellules spéciales ayant des mouvements assez lents.

M. Larger expose ses vues sur l'*hérédité obstetricale* qui tiendrait sous ses lois toutes les anomalies de la gestation.

Substances toxiques dans la digestion des viandes.

MM. Cassaet et Saux ont établi, dans des communications antérieures, la mesure de la toxicité de la macération des viandes. du suc gastrique normal et du produit de la digestion des viandes. Ils démontrent que les substances toxiques ne sont pas artificiellement produites par les manipulations, mais dans les processus intimes de l'acte digestif.

Bouveret et Devic ont affirmé que la peptotoxine de Brieger et les substances analogues qu'ils avaient eux-mêmes préparées. n'étaient qu'artificielles et dues au contact prolongé des peptones et de l'acide chlorhydrique, puis de l'alcool absolu. Ils ont obtenu une substance toxique convulsivante, mais d'une activité sensiblement plus grande que celle que donnait l'alcool chlorhydrique.

Il en résulte que cette substance n'est pas due à la présence de l'alcool ou de l'acide lactique, au cours des digestions, mais aux transformations intimes de la viande. La constance du pouvoir convulsivant, déjà démontrée par l'un de ces auteurs, peut servir avec certitude à l'étude de la pathogénie de certains accidents d'origine gastrique, tels que la tétanie.

M. Arloing a étudié l'action favorisante du sérum antituberculineux. introduit par la voie sanguine ou conjonctive, sur l'infection par des cultures homogènes de bacille de Koch.

MM. Achard et Clerc ont constaté qu'après ligature du pédicule rénal le *pouvoir amylolytique du sérum* augmente.

E. P.

Séance du 14 décembre.

Action physiologique de la valériane.

M. Féré observe que la valériane et le valérianate d'ammoniaque ont une action d'abord excitante, mais à mesure que la dose augmente. l'action déprimante apparaît nettement.

Sommeil hybernant.

M. Dubois, à propos du sommeil de la marmotte, rappelle ses anciennes expériences sur l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang au moment où l'animal tombe en torpeur. Le même mécanisme intervient dans le cas où les animaux sont à de hautes altitudes, il en conclut que la théorie de l'apnée est inadmissible.

Le formol et la tuberculose.

MM. Arloing et P. Courmont ont étudié l'action du formol et du froid sur les cultures homogènes du bacille de Koch en bouillon glycériné à 1/400e : le formol arrête la végétabilité du bacille et permet de conserver les cultures dans l'état où elles sont à la sortie de l'étuve. Pendant 15 jours, à l'obscurité, la culture reste très agglutinable. D'autres antiseptiques, acide phénique, chlorhydrique, eucalyptol, donnent de moins bons résultats. Le froid aux environs de 0 favorise la conservation des cultures.

L'Iboga.

M. Lambert a poursuivi les expériences de M. Phisalix.

Les animaux intoxiqués avec l'iboga ont le cœur arrêté en systole après des périodes d'arythmie. Sur les muscles striés, l'instillation d'iboga amène du raccourcissement, puis la rigidité. Les faibles doses, chez les animaux à sang chaud, donnent du frisson. de l'excitation psychique, des accès convulsifs : ils perdent l'equilibre et restent dans une demi-somnolence. A forte dose. la respiration s'arrête, puis les battements du cœur cessent en dernier lieu.

L'injection sous-cutanée d'ibogine détermine de l'anesthésie locale ; en instillations dans l'œil. une solution à 1% abolit la sensibilité cornéenne. produit un peu de congestion de la conjonctive. mais ne modifie pas le diamètre de la pupille. L'ibogine rappelle l'action de la cocaïne dans la phase d'intoxication, la période d'excitation est moins violente.

Suc gastrique et bacille tuberculeux.

M. Carrière a fait *in vitro* des expériences avec le suc gastrique sur le bacille tuberculeux ; *in vivo* en mettant dans l'estomac d'animaux vivants des produits tuberculeux. Les produits tuberculeux sont restés vivants après plusieurs heures.

M. Victor Henry a suturé après section l'hypoglosse au lingual ; l'animal a été opéré il y a dix-neuf mois et on constata que l'excitation de l'hypoglosse produit l'écoulement de la salive.

M. Laugier a étudié l'influence de la levûre sur la macéra-

tion du pancréas. La levûre active l'action des macérations inactives du pancréas d'animaux à jeûn. Après ébullition. l'extrait de levûre possède encore cette propriété.

MM. L. Lévi et P. Bonnier ont, par l'injection de sérums inorganiques, observé la disparition de bourdonnements d'oreilles et des vertiges et ont obtenu des troubles de surdité. Ces résultats sont dus aux modifications de la pression intra-labyrinthique due aux variations de la pression sanguine.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre.

Cette séance est sans doute la dernière séance solennelle de prix qui ait lieu rue des Saint-Pères. Tout au moins M. Jaccoud, secrétaire perpétuel, affirme t-il son ferme espoir de l'achèvement de la nouvelle Académie de médecine pour 1902. M. Jaccoud évoque, avec son éloquence ordinaire, les brillantes discussions qui ont eu lieu dans cette vieille salle de la rue des Saint-Pères, accordée il y a plus de 50 ans à l'Académie comme abri provisoire. Il évoque en termes saisissants les grandes figures de Trousseau, de Malgaigne, de Villemin, de Davaine, de Pasteur, de Charcot.

Voici la liste des prix :

PRIX DE L'ANNÉE 1901

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr. (1)

A MM. Lamy, médecin des hôpitaux, et Bruandet, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX ALVARENGA DE PIAURY (Brésil). — 800 fr.

Un prix de 500 fr. à M. Hébert, d'Audierne.

Encouragements de 150 fr. à :

M. Oui, agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

M. Péhu, sous-dir. du bureau municipal d'hygiène de Lyon.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED

Un titre de 24.000 fr. de rente.

Encouragement de 1000 fr. à M. G. Carrière, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

PRIX BARBIER. — 2000 fr.

A M. Lignières, chef de travaux à l'école vétérinaire d'Alfort.

PRIX MATHIEU BOURGERET. — 1200 fr.

Un prix de 1000 fr. à M. Rémy, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Un encouragement de 200 fr. à M. Veau, de Paris.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr.

A M. Bordier, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Mentions honorables à :

M. Carles, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. Coyon, de Paris.

M. Ostwalt, de Paris.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10.500 fr.

L'Académie partage le prix en attribuant :

6000 fr. à M. Leclainche, prof. à l'école vétérinaire de Toulouse.

4500 fr. à M. Jayle, de Paris.

PRIX CAPURON. — 1000 fr.

A M. Larrieu, de Montfort-l'Amaury.

PRIX CHEVILLON. — 1500 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1000 fr. à M. Lardennois, de Reims.

500 fr. à M. Legrain, de Bougie.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr.

A M. Leroy, méd. adjoint de l'Asile d'Aliénés d'Evreux.

Mention honorable à M. Croustel, de Quimper.

PRIX CLARENS. — 400 fr.

A M. Remlinger, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople.

PRIX DAUDET. — 1000 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix. mais elle accorde à titre d'encouragement.

500 fr. à M. Chavannaz, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

300 fr. à M. Mériel, de Blagnac (Haute-Garonne).

200 fr. à M. Manuel, à Oran.

PRIX DESPORTES. — 1300 fr.

Le prix n'est pas décerné.

L'Académie accorde 400 fr. à M. Barié. médecin des hôpitaux de Paris.

Des récompenses de 300 fr. à :

M. Bize, de Paris.

MM. Garnier et Cololian.

M. Gouzien, méd. princ. des colonies.

Mentions honorables à :

M. Pégurier, de Nice.

M. Pujade, d'Amélie-les-Bains.

CONCOURS VULFRANC GERDY.

L'Académie a versé, en 1901, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

300 fr. à M. Faure.

500 fr. à M. Cadol.

1700 fr. à M. Gauchery.

1500 fr. à M. Du Pasquier.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr.

A M. R. Proust, de Paris.

Mentions très honorables à :

M. Carrel, de Lyon.

M. G. Gross, de Nancy.

M. Veau, de Paris.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr.

Un prix de 1500 fr. à M. Philippe, de Paris.

Un prix de 800 fr. à MM. Duval et Guillain, internes des hôpitaux de Paris.

Comme mention honorable ;

400 fr. à M. Constensoux. de Paris.

300 fr. à M. Gélineau, de Paris.

PRIX HUGO. — 1000 fr.

Un prix de 500 fr. à Mlle Lipinska, docteur en médecine, à Odessa.

Un prix de 500 fr. à M. Triaire, de Tours.

Un prix (sans argent) à M. Ehlers, de Copenhague.

Mentions honorables à :

M. Pifteau, de Drémil-Lafage (Haute-Garonne).

M. Bos, de Marseille.

M. Cabanès, de Paris.

M. Beauvois, de Neuilly-sur-Seine.

M. Langlet, de Reims.

M. Coquerelle, de Beauvais.

PRIX HUGUIER. — 3000 fr.

A MM. Doléris et Pichevin, de Paris.

PRIX JACQUEMIER. — 1700 fr.

Le prix n'est pas décerné.

PRIX LABORIE. — 5000 fr.

Un prix de 2500 fr. à MM. Nimier, médecin principal de 2e cl., et Ed. Laval. médecin-major de 2e cl.

Un prix de 1500 fr. à M. Redard. de Paris.

Mention honorable avec 1000 fr. à M. Jaboulay, agrégé. chir. en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr.

A M. Lowenthal, d'Anizy-le-Château (Aisne),

Mentions très honorables à :

M. Salanoue-Ipin, méd. de 1re cl. de la marine, à Konakry (Guinée Française).

Mme Turquan, de Lyon.

(1) Les prix dont le chiffre n'est suivi d'aucune mention sont des prix annuels.

PRIX LAVAL. — 1000 fr.

A M. L.-A. Giroux, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr.

A M. Dumas, de Paris.
Mention honorable à M. Farnarier, de Paris.

PRIX LOUIS. — 3000 fr.

A M. H. Christiani et Mme A. Christiani, de Genève.
Mention honorable à M. Gauthier, de Charolles.
Une citation, à titre d'encouragement, à M. Briquet, d'Armentières.

PRIX MÈGE. — 900 fr.

A M. Gandy, de Paris.
Mentions honorables à :
M. Raulin, de Bordeaux.
M. Riccardo Dalla Vedova, de Rome.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr.

Un prix de 1800 fr. à M. Druault, de Paris.
Un encouragement de 800 fr. à M. Petit de Rouen.
Mentions honorables à :
M. Nicolas, de Bordeaux.
M. Sourdille, prof. supp. à l'école de médecine de Nantes.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 fr.

L'Académie partage le prix en attribuant :
1000 fr. à M. Brumpt, de Paris.
500 fr. à M. Romary, aide-major de 1re cl., à Oran.
Mentions honorables à :
M. Raynaud, d'Alger.
MM. Remlinger, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, et Tostivint, médecin major de 2e cl.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr.

A M. Hébert, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX OULMONT. — 1000 fr.

A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).
M. E. Lereboullet, de Paris.

PRIX PORTAL. — 600 fr.

A M. le prof. Andrea Zinno.

PRIX POURAT. — 700 fr.

Le prix n'est pas décerné.

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr.

A MM. Bezançon, Griffon et Le Sourd, internes des hôpitaux de Paris.
Mentions honorables à :
M. Deck, de Ville-en-Tardennois (Marne).
M. Dieupart, de Paris.

PRIX VERNOIS. — 700 fr.

A M. Vaillard, professeur au Val-de-Grâce.
Mention très honorable à MM. Kermorgant, insp. général du service de santé des colonies, et Reynaud, méd. du corps de santé des colonies.
Mention honorable à MM. Sersiron, de Paris, et Dumarest, d'Hauteville (Ain).

—

SERVICE DES EAUX MINÉRALES.

1° *Médaille d'or* : M. Labat, de Paris.
2° *Rappel de médaille d'or* : M. Philbert, de Brides.
3° *Médailles d'argent* : MM. Guyénot, d'Aix-les-Bains : Lobit, de Biarritz : Nicolas, du Mont-Dore.
4° *Rappels de médailles d'argent* : MM. Barbaud, de Paris ; Gensier, de Bagnoles-de-l'Orne : Chiais, d'Evian-les-Bains : Duhoureau, de Cauterets : Frédet, de Royat.
5° *Médailles de bronze* : MM. Berthier, méd.-major de 1re cl. à Amélie-les-Bains ; Carles, de Bordeaux ; Déléage, de Vichy ; Leriche, aux Eaux-Bonnes ; Pelon, de Bagnères-de-Luchon : Sarazin, à la Bourboule.

—

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

1° *Rappel de médaille d'or* : MM. Fiessinger, à Oyonnax : Hébert, à Audierne ; Manouvriez, à Valenciennes ; Pennetier, à Rouen.
3° *Médailles de vermeil* : MM. Bordas, à Paris ; Grall, méd. insp. du corps de santé des colonies, à Paris ; Kermorgant, insp. général du service de santé des colonies à Paris.
3° *Rappels de médaille de vermeil* : MM. André, à Toulouse ; Boquin, à Autun ; Comte, méd.-major de 1re classe, à Nancy ; Fleury, à Saint-Etienne : Vergely, à Bordeaux.
4° *Médailles d'argent* : MM. Berlioz, à Grenoble ; Camboulin, à Port-Saïd (Egypte) ; Frottier, au Havre : Oberlé, aide-major de 1re classe, à Saint-Cyr ; Pilet, méd. princ. de 2e classe, à Arras ; Queirel, à Marseille : Schrapf, méd.-major de 1re classe, à Saint-Mandé.
5° *Rappels de médailles d'argent* : MM. Bauzon, à Chalon-sur-Saône ; Courtade, à Outarville ; Faidherbe, à Roubaix : Famechon, méd.-major de 1re classe, à Paris ; Ficatier, à Bar-le-Duc ; Foucault, à Fontainebleau ; Gorez, à Lille : Hoël, à Reims ; Mantel, à Saint-Omer : Pujos, à Auch ; Schwartz, à El-Madher.
6° *Médailles de bronze* : MM. Bazin, méd.-major de 2e classe, à Mirande : Beaujolin, à Saint-Symphorien : Bodin, à Rennes ; Brion, à Meaux : Brisson, à La Palisse : Colin, à Quimper : Desgranges, à Marchenoir : Dezautière, à La Machine ; Dupuy, à Moissac : Féa, à Saint-Cyr-au Mont-d'Or ; Koziell, à Oued-Marsa (Constantine) ; de Lamallerée, à Varennes ; Lemarchand, méd.-major de 1re classe, à Aix : Magé, à Loudun ; Soula, à Pamiers : Tétau, à Gesté.
7° *Rappels de médailles de bronze* : MM. Caron, à Dieppe ; Lafforgue, aide-major de 1re classe, à Tébessa (Constantine) ; Lecoq, à Yvetot : Marquezy, à Neufchâtel : Poujol, à Aïn-Bessen (Alger) : Subercaze, à La Ferté-Alais.

—

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

1° *Médaille d'or* : M. Dufour, de Fécamp.
2° *Médaille de vermeil* : MM. Chavanon, de La Rochelle : Courtade, de Outarville ; Pecker, de Maule.
3° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. Bouju à Orléans ; Denizet, à Château-Landon (Seine-et-Marne).
4° *Médailles d'argent* : MM. Benoist, à Vannes ; Bresset, à Paris ; Guelliot, à Reims ; Hamel, à Saint-Lô : Metton-Lepouzé, à Rouen ; Subercaze, à la Ferté-Alais (Seine-et-Oise).
5° *Rappel de médailles d'argent* : MM. Auvert, à Aurillac ; Chabenat, à La Châtre (Indre) ; Lautré, à Toulouse.
6° *Médailles de bronze*, à : MM. Babary, à Nice : Daubas, à Blois ; Desgranges, à Marchenoir (Loir-et-Cher) ; Giry, à Briey (Meurthe-et-Moselle) ; Godin, méd.-maj. de 1re classe, à Lodève (Hérault) ; Peaucellier, à Amiens.
7° *Rappel de médailles de bronze* : M. Truffet, à Seyssel (Haute-Savoie).

—

SERVICE DE LA VACCINE

1° Prix de 1000 fr. partagé de la manière suivante :
400 francs à M. Lafforgue (Evariste), méd. maj. de 2e cl., Khenchela (Constantine).
300 francs à M. Bossion, à Duvivier (Constantine).
300 francs à M. Mercier, de Tours.
2° *Des médailles d'or*, à : MM. Gabrielle, aide-major de 1re cl., à Lodève (Hérault) ; Jenot, de Dercy (Aisne) ; Laffage, de Dra-el-Mizan (Alger) ; Margain, méd. de 2e cl. du corps de santé des colonies.
3° *Des rappels de médailles d'or*, à : MM. Cassedebat, méd.-maj. de 1re cl., de Toulouse ; Ciaudo, de Nice.
4° *Des médailles de vermeil*, à : MM. Alliot, méd. de 1re cl. des colonies ; Gornaz, de Neuchatel (Suisse) : Courtade, d'Outarville (Loiret) ; Denizet, de Château-Landon (Seine-et-Marne) ; Dietrich, de Besançon ; Guérin, méd. princ. du corps de santé des colonies ; Martin, de Paris ; Moreau, de Lusignan (Vienne) ; Perrin, aide-major de 1re cl., de Tiaret (Oran) ; Pethiot, de Le Conquet (Finistère).
Des rappels de médailles de vermeil, à : MM. de Broé, méd.-maj. de 2e cl. ; Fuzet du Pouget, de Casteljau (Ardèche) ; Le

Guevel, de Pont-l'Abbé (Finistère) ; Poujol, d'Aïn-Bessen (Alger) ; Trolard, d'Alger ; de Welling, de Rouen.

6° *Des médailles d'argent*, à : MM. Abrial, du Puy ; Archambault, de Paris ; Arnal, d'Annonay (Ardèche) ; Aubry, de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; Baudouin, d'Alençon ; Bonnard, de Tournon (Ardèche) ; Bonnet, de Saint-Genis-Laval (Rhône) ; Brice, méd. aide-major de 1re cl., de Chellala (Alger) ; Cahn, de Paris ; Carli, d'Apeloncato (Corse) ; Caron, au Havre ; Catuffe, de Neuilly ; Chambay, d'Alençon ; Chastanet, de Paris ; Degrave, de Lagrasse (Aude) ; Dorison, de Paris ; Duriez, de Pierrefonds (Oise) ; Ertzbischoff, de Paris ; Finot, de Troyes ; Fodéré, de Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie) ; Gauthier, de Levallois-Perret ; Girard, de Châtillon-sur-Marne ; Girard, de Cannes ; Gire, de Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire) ; Giustiniani, d'Ajaccio ; Gougelet, de Paris ; Jagu, de Saint-Pol-de-Léon (Finistère) ; Jean, de Valence ; Jomard, de Beaujeu (Rhône) ; Journiac, de Paris ; Lallier, de Tannay (Nièvre) ; Latour, du Puy ; Le Coquil, de Châteauneuf (Finistère) ; Lemardeley, de Levallois-Perret ; Lepicard, de Pantin ; Le Ray, de Nantes ; Magnanon, de Valence ; Malafosse, médecin-major de 2e classe de Mostaganem ; Masbrenier, de Melun ; Masson, de Chambéry ; Masson, de Graudis (Rhône) ; Moutet, médecin-major de 2e classe, de Tuyen Quang (Tonkin) ; Odin, de Saint-Galmier (Loire) ; Palhier, de Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire) ; Picaud, de Nontron (Dordogne) ; Pitre, de Craponne (Rhône) ; Quintin, de Carhaix (Finistère) Reymondon, de Chambéry ; Richard, de Paris ; Rousseau, d'Herbignac (Loire-Inférieure) ; Ruelle, de Paris ; Saulay, méd-maj. de 2e cl., du Kef (Tunisie) ; Signoret, de Barcelonnette (Basses-Alpes) ; Subercaze, de la Ferté-Alais (Seine-et-Oise) ; Tariel, d'Issy-les-Moulineaux ; Therre, de Vichy ; Thomas de Toulon ; Thoviste, d'Amplepuis (Rhône) ; Valude de Vierzon-Ville (Cher) ; Vibert, du Puy ; Vildermann, de Paris, Weill, de Versailles ; Genglaire, interne à l'Hôtel-Dieu de Laon ; Leven, interne de l'hospice des Enfants-Assistés, de Paris ; Merklen, interne de l'hospice des Enfants-Assistés, de Paris.

7° *Des rappels de médailles d'argent*, à : MM. Bauzon, de Châlon-sur-Saône ; Beaujolin, de Saint-Symphorien-sur-Coise (Rhône) ; Bichon, de Blain (Loire-Inférieure) ; Billon, de Paris ; Bois, de St-Laurent-de-Chamousset (Rhône) ; Bonnecaze, de Courbevoie ; Breucq, de Bayonne (Basses-Pyrénées) ; Cagniat de Noisy-le-Sec ; Calmeau, de Paris ; Chabaud, de Nieigles (Ardèche) ; Charrier, de Nort (Loire-Inférieure) ; Coiffier, du Puy ; Colin, de Quimper ; Courleneuve, de Saint-Claud (Charente) ; Dauchez, de Paris ; Dubonsquet, de Saint-Ouen ; Durand, d'Arcueil-Cachan ; Fouilloux, de Saint-Bonnet-le-Château (Loire) ; Frasey, de Paris ; Gagnière, de Bourgoin (Isère) ; Gaillardon, d'Aubeterre (Charente) ; Gouez, de Plougastel-Daoulas (Finistère) ; Grimaldi, de Bastia ; Hellet, de Clichy ; Jaurès, de Dourgne (Tarn) ; Lamy, de Larochefoucauld (Charente) ; Le Gad, du Havre ; Martin, d'Aubenas (Ardèche) ; Massonet, de Gouraya (Alger) ; Michaux, d'Aubervilliers ; Michel, de Cavaillon (Vaucluse) ; Montignac, de Paris ; Morvan, de Pleyben (Finistère ; Pachot, de Vincennes ; Pascalis, de Paris ; Plantard, de Chantenay (Loire-Inférieure) ; Queré, de Callac (Côtes-du-Nord) ; Revony, de Saint-Symphorien d'Ozon (Isère) ; Richard, de Paris ; Robin, de Pantin ; Rollandy, de Tourves (Var) ; Romain, de Valence ; Sanquer, de Morlaix ; Saussol, de Montpellier ; Sicard, de Lombers (Tarn) ; Talazac, de l'Isle-en-Dodon (Haute-Garonne) ; Tariote, de Levallois-Perret ; Tolédano, de Paris ; Vivier, d'Angoulême ; Wolters, de Tiberguent (Constantine).

8° *Des médailles de bronze à* : MM. Barbe, Bonnemaison, de Paris ; Bouvat, de Saint Peray (Ardèche) ; Castueil, de Marseille ; Cornet, de Terrenoire (Loire) ; Despeignes, aux Echelles (Savoie) ; Devars, de Barcelonnette (Basses-Alpes) ; Dufournier, de Paris ; Escande, de Saint-Héand (Loire) ; Kaplan, de Janville (Eure-et-Loir) ; Le Biez, de Varades (Loire-Inférieure ; Loupias, de Salies-du Salat (Haute-Garonne) ; Magnan, de Die (Drôme) ; Miquel, de Paris ; Panas, de Gallardon (Eure-et-Loir) ; Pellot, d'Epernay ; Soulié, de Paris ; Trouillet, de Kairouan (Tunisie).

9° *Des rappels de médailles de bronze à* : MM. Bégusseau, de Secondigny (Deux-Sèvres) ; Weydenmeyer, de Bourges.

(Nous publierons prochainement la liste des prix à décerner pour les années 1902, 1903 et 1904.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 décembre 1901. — PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

Plaies de la moelle.

M. DELBET, à l'occasion de la communication de M. Walther, apporte ses expériences personnelles, qui sont consignées dans ses cliniques et desquelles il résulte que la section totale de la moelle se caractérise toujours par une exagération des réflexes, contrairement aux conclusions de Bastian, Jackson et autres. D'où cette conclusion capitale, prouvée d'ailleurs par un fait clinique, que l'abolition des réflexes ne commande pas l'abstention, mais au contraire l'intervention ; d'autre part, ayant essayé chez un chien de faire la section de la moelle, il constata que la simple mise à nu de la dure-mère amena une paraplégie sensitivo-motrice totale, avec perte absolue des réflexes ; cependant la moelle n'était point touchée et l'animal guérit parfaitement.

M. ROUTIER a observé tout récemment un cas de luxation en avant des 4e et 5e vertèbres cervicales, avec paralysie sensitivo-motrice et disparition des réflexes ; le malade étant mort, il apportera dans la prochaine séance la pièce qui montrera s'il y a ou non section complète de la moelle.

M. TERRIER a constaté des faits absolument analogues au dernier fait de M. Delbet, tant sur les chevaux, sur lesquels il expérimenta avec Colin à l'école d'Alfort, que sur des chiens, alors qu'il préparait le cours du Pr Brown-Séquard.

M. RECLUS a soigné, il y a quelques années, un officier qui, à la suite d'une chute de cheval, présenta une paralysie totale avec abolition des réflexes et qui, malgré cela, fut, au bout de 5 mois, absolument guéri.

Duodénostomie.

M. HARTMANN présente un cas où il a été appelé à faire cette intervention, qu'il est le premier à avoir pratiquée en France, conçue par Braune qui, sur le cadavre, opérait par la voie lombaire, exécutée sur le vivant, par la voie abdominale, une fois par Lauzenbuch, et ultérieurement et deux fois par deux chirurgiens anglais ; M. Hartmann eut l'occasion d'opérer la duodénostomie chez une malade qui avait ingéré des substances caustiques ; elle rendait tout ce qu'il avalait et cependant le cathétérisme montrait que le canal œsophagien était perméable. M. Harmann, pensant à une sténose pylorique, fit une laparotomie, il trouva l'estomac complètement rétracté et comme cartonné ; ne pouvant, sur cet organe, pratiquer aucune intervention, il fit la duodénostomie, sur la première portion de l'organe.

La malade, qui semblait guérie et avait notablement engraissé, quitta l'hôpital. Quelque temps après, elle revint avec des vomissements d'aspect laiteux ; c'était du pus, venu de l'estomac ; et, en effet, la femme étant morte d'une véritable septicémie, on put constater que toute la surface stomacale était purulente, fait dû probablement à l'alimentation buccale pratiquée par la malade.

Cette intervention paraît indiquée à M. Hartmann dans les cas analogues et dans tous les cas où l'estomac tout entier est atteint par un néoplasme.

Ponction lombaire dans les fractures du crâne.

M. REYNIER fait observer que la ponction lombaire ne peut rien prouver au point de vue thérapeutique ; souvent, en effet, après les grands traumatismes, le coma disparaît rapidement, sans ponction lombaire.

M. TUFFIER fait remarquer, outre les faits qu'il a déjà donnés dans la dernière séance, que la couleur jaune du liquide céphalo-rachidien, quelques heures après le traumatisme, est due souvent à ce fait que les pigments du sang ont passé avant le sang lui-même ; on n'y trouve pas de globules, mais ils se montrent le lendemain ; d'ailleurs, la présence du sang n'est pas pathognomonique d'une fracture ; elle peut être due à une hémorragie cérébrale ou à une contusion.

M. ROCHARD présente les mêmes remarques et fait obser-

ver à M. Reynier qu'il ne déduit pas de ces faits qu'il faut faire de parti pris la ponction lombaire. SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 décembre 1901

PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

Endocardites infectieuses latentes.

M. CLAUDE a observé deux cas d'endocardites infectieuses latentes. Un de ces malades entra à l'hôpital avec de la dyspnée, de l'albuminurie, de l'hypothermie : les râles de bronchite empêchèrent de percevoir les symptômes stéthoscopiques cardiaques ; il mourut peu après dans le coma. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une endocardite ulcéreuse et végétante de l'aorte.

L'autre malade avait été atteinte depuis plusieurs mois de rhumatisme articulaire. Elle était allée en s'affaiblissant progressivement et mourut dans le marasme, on entendait à l'auscultation du cœur un souffle diastolique à la base. Cette malade présentait, à l'autopsie, des végétations et des ulcérations de la valvule aortique et une des végétations contenait un petit abcès. Un streptocoque fin y végétait, ses inoculations ne donnèrent aucun résultat.

M. BÉCLÈRE fait remarquer la rareté de ces cas, il en a jadis observé un analogue, qu'il prit d'abord pour une infection paludéenne.

Délire au cours de la fièvre typhoïde.

MM. SOUQUES et RIBIERRE ont soigné une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde qui, au seizième jour de sa maladie, se jeta par la fenêtre, effrayée par une hallucination. Elle aurait entendu des menaces de l'enterrer vive ou de la couper en morceaux parce qu'elle aurait uriné au lit. La malade mourut deux jours après.

M. CHANTEMESSE a fréquemment observé des cas de ce genre, il insiste sur la nécessité d'une surveillance étroite des typhoïdiques.

M. ANTONY, à ce propos, rappelle que certains troubles psychiques durant la convalescence de fièvre typhoïde résultent de l'inanition.

M. JOFFROY signale un cas où, au contraire, une alimentation intempestive avait déterminé le délire.

Goitre épidémique et médication thyroïdienne.

M. FERRIER a soigné, il y a quelques années, des goitres aigus avec un réel succès par la médication thyroïdienne. Il rappelle à ce sujet que la symptomatologie de ces goitres est l'opposée de celle de la maladie de Basedow.

J. NOIR.

SOCIETE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 14 décembre 1901. — PRÉSIDENCE DE M. BÉNI-BARDE.

La séance est ouverte à 4 h. 35. — Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels. *Etudes sur la tuberculose et son traitement*, par le Dr Coromilas, d'Athènes. *Etiologie de la tuberculose*, par le professeur Middendorp de Groningue (Hollande). — *La réclame en médecine*, par le Prof. Massalongo.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.— 1° Lettre du Dr Raymond Stora, posant sa candidature au titulariat. Parrains : MM. Edmond Vidal et Buret. Cette lettre, envoyée le 23, n'ayant été remise au secrétaire général qu'après la séance, M. Stora est autorisé à lire son travail : 2° Lettre de candidature du Dr Abderhalden, de Bâle, au titre de membre correspondant étranger. Un travail imprimé en langue allemande sera envoyé prochainement. Une commission est nommée à l'effet d'examiner cette candidature : MM. Guglielminetti, Buret et Grasset, rapporteur.

M. STORA lit un travail de candidature intitulé : **Présentation d'une mastoïde constituant un type dangereux dans le cas de suppuration de ses cellules.** Une commission est nommée, composée de MM. Tissier, Suarez de Mendoza et Edmond Vidal, rapporteur.

M. GUGLIELMINETTI nous donne la primeur des observations qu'il a faites pendant l'ascension récente dont les journaux ont parlé : **Effets physiologiques de l'altitude sur l'organisme humain. Observations faites en ballon** (*sera publié*).

M. LE PRÉSIDENT. En remerciant M. Guglielminetti de son intéressante communication, je crois être l'interprète de la Société, dont les applaudissements unanimes ont bien montré l'intérêt qu'elle attachait à ces remarquables observations.

M. BURET offre à la Société le dernier ouvrage qu'il vient de faire paraître : **Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur** (1). C'est un simple guide pratique, un manuel qui n'a pas la prétention de vouloir figurer à côté des traités magistraux. L'auteur a condensé, dans ce petit volume, le résultat de remarques faites pendant trente ans sur les affections génitales et leur traitement ; et, devant l'étonnement de ses collègues, il leur explique qu'il est entré dans les hôpitaux à 17 ans, et a commencé par étudier les vénériens. Frappé de l'embarras de beaucoup de confrères, surtout ceux de province, qui sont au courant des bienfaits des injections insolubles, mais n'osent ou ne savent pas les pratiquer, il a décrit le manuel opératoire de telle sorte que tout praticien, pourvu qu'il sache manier une seringue de Pravaz, sera à même d'appliquer sans accidents la précieuse méthode de Scarenzio.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Buret au nom de la Société.

M. PICQUÉ fait une communication ayant pour titre : **Appendicite à rechutes chez une malade atteinte de mélancolie anxieuse. Guérison opératoire** (*sera publiée*).

M. CHRISTIAN. J'ai écouté avec grand plaisir l'intéressante communication de M. Picqué. Ne voulant pas formuler de conclusion sur le côté médical de la question, notre collègue me paraît trop modeste, en faisant les médecins aliénistes beaucoup plus savants qu'ils ne sont. J'avoue que, dans bien des cas, ils sont bien embarrassés et qu'il arrive fréquemment de voir des malades à hallucination, par exemple, guérir radicalement de leur état mental, à la suite d'une opération, et cela sans que l'on puisse en aucune façon en expliquer le mécanisme.

J'ai présente à l'esprit l'observation de la belle-mère d'un de mes amis, qui, délirante depuis de longs mois, se vit radicalement guérie, à la suite d'une opération d'urgence faite à l'occasion de l'étranglement d'une hernie. Comment expliquer cette cure miraculeuse, et pourquoi, chez d'autres malades, le même effet ne se produit-il jamais ?

Ce qu'on peut dire, c'est que, dans les états mentaux chroniques, on peut toujours espérer une grande amélioration à la suite d'une intervention chirurgicale.

M. PICQUÉ remercie M. Christian d'avoir signalé un fait venant à l'appui de la campagne intéressant la chirurgie chez les aliénés ; il est heureux d'entendre un aliéniste distingué comme M. Christian déclarer qu'à la suite d'opérations, l'on peut souvent constater des améliorations notables. Pendant longtemps on a refusé aux aliénés le bénéfice d'une intervention. Il est intéressant aujourd'hui de signaler des faits semblables de temps à autre, dans le but humanitaire de ne pas refuser aux malheureux aliénés les moyens chirurgicaux qui peuvent leur être d'un si grand secours. Si l'on ne peut aujourd'hui et ne pourra peut-être de longtemps expliquer le mécanisme de cette amélioration, le fait n'en subsiste pas moins et mérite qu'on s'y arrête.

(1) Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

M. VIDAL lit son rapport sur les mémoires présentés au Concours du prix Duparcque pour 1901.

Rapport sur les mémoires présentés au concours du Prix Duparque (1901)

par le Dr **Edmond VIDAL**

Messieurs,

La Commission du Prix Duparque, composée de MM. Picqué, Buret et Edmond Vidal, rapporteur, a eu à examiner six mémoires présentés dans les conditions requises.

Le 1er mémoire, ayant pour titre : *Traitement des névralgies utéro-ovariennes* et pour devise : « L'association des idées est la mère du progrès », comprend une quinzaine de pages. Ce n'est pas un travail de concours, mais à peine un article de journal, une courte communication.

L'auteur s'y étend sur deux observations de dysménorrhée améliorée par l'emploi des courants faradiques, les pôles étant appliqués sur la région douloureuse pendant les crises aiguës et conclut, après avoir comparé le cerveau à une pile électrique, que tous les phénomènes douloureux gynécologiques qui ne sont pas fonction d'inflammation ou d'infection doivent être traités et guéris par l'électricité.

Cette affirmation nous paraît bien hâtive, et deux observations bien insuffisantes pour permettre des conclusions. Que le courant faradique réussisse dans certains cas à calmer les douleurs abdominales, comme il calme la sciatique ou la névralgie intercostale, la chose ne souffre pas discussion, mais vouloir ériger en méthode thérapeutique un simple procédé n'est pas œuvre réfléchie.

Puis le style est négligé, la redaction peu claire; sans exiger un monument littéraire, nous sommes en droit de demander à l'auteur de contraindre sa pensée à revêtir une forme sinon élégante, du moins correcte. Et ce n'est pas le cas dans cet envoi que, d'un avis unanime, la commission a considéré comme une mystification.

Le n° 2 « Quod vidi, scripsi » a pour titre : *De l'Infection des voies génitales de la femme par les uréthrites chroniques non gonococciques de l'homme.*

Déjà le titre était alléchant et promettait de nous ouvrir des horizons nouveaux. En effet, c'est une véritable revélation d'une grande portée pratique. Longtemps, on a cru que la blennorrhée ou goutte militaire n'était plus contagieuse, lorsque Jullien est venu jeter le cri d'alarme et démontrer, dans son excellent ouvrage intitulé : *Blennorrhagie et mariage*, que des gonocoques assoupis pouvaient exister encore dans ces écoulements chroniques, et, se réveillant en terrain vierge, étaient capables d'infecter l'utérus et les trompes des nouvelles épouses.

L'auteur du mémoire n° 2 vient nous apprendre que, même en l'absence de tout gonocoque, le danger persiste, car il y a d'autres microbes dans ces écoulements vénériens, et, après de nombreuses recherches bactériologiques, il a prouvé que les mêmes microorganismes se retrouvaient dans les secrétions utérines des femmes dont les maris avaient de vieilles blennorrhées sans gonocoques. De nombreuses observations bien étudiées ne laissent aucun doute à cet égard. Voilà donc un point nouveau acquis pour la science.

Dans son avant-propos, l'auteur pose pour principe que *la blennorrhée non gonococcique peut être contagieuse*, et c'est pour prouver cette assertion qu'il a entrepris une série de recherches qui lui ont fourni les observations qui font la base de ce travail.

Les urétrites chroniques non gonococciques de l'homme sont tout d'abord etudiées ; puis l'infection des voies génitales de la femme par ces urétrites non gonococciques. L'auteur expose ses observations où l'examen macroscopique et bactériologique a été fait chez les conjoints et où toute autre cause d'infection a été soigneusement vérifiée et écartée du côte de la femme.

Un 3e chapitre recherche le mécanisme de l'infection de la femme par les urétrites chroniques. Parfois l'urétrite infecte la femme sans subir de modifications appréciables : d'autres fois elle subit une poussée aiguë ou subaiguë due à une infection secondaire récente. Or ces infections ne doivent pas être toujours, comme on le fait couramment, mises sur le compte du gonocoque.

Pourquoi certaines femmes se laissent-elles facilement infecter, alors que d'autres restent indemmes, est encore un problème que l'auteur essaye d'attribuer aux *minoris resistentiæ* des nouvelles mariées ou à la congestion utérine postcoïtale, mais il avoue que la question reste complexe et constate seulement que c'est au col surtout que se localisent ces infections.

Les conclusions sont importantes, car elles comportent de précieuses indications sur la conduite à tenir au point de vue matrimonial.

1° L'urétrite chronique non gonococcique peut être contagieuse ; 2° une femme saine peut être infectée par l'urétrite non gonococcique de l'homme ; 3° cette infection n'est pas fatale.

De là, découle la nécessité pour l'homme de guérir toute urétrite, même si elle n'est pas gonococcique.

Le mariage sera défendu aux urétrites permanentes ou intermittentes *avec* microbes, et aux urétrites à rechute en état de réceptivité aux infections secondaires. Il sera permis aux urétrites permanentes ou intermittentes *sans* microbes et aux urétrites à rechute dont la réceptivité a disparu depuis au moins 6 mois.

Si le mariage est contracté pendant l'état de réceptivité urétrale, on devra s'entourer de minutieuses précautions antiseptiques et cesser tous rapports en cas d'infection jusqu'à guérison complète des deux conjoints.

Cette rapide analyse vous montre qu'il s'agit bien là d'un mémoire de réelle valeur. Autour des observations personnelles d'une extrême précision, l'auteur a su grouper un faisceau de recherches cliniques et bactériologiques et formuler des conclusions dont l'importance thérapeutique et sociale ne peut échapper à personne.

Le n° 3 a pris pour devise : « Il est aussi ridicule d'assombrir le tableau de la situation de l'homme que de s'extasier devant la bienveillance de la nature » et a pour titre : *Sur quelques troubles nerveux d'origine génitale.*

Le titre vous indique déjà que ce mémoire s'éloigne notablement du cadre gynécologique ou vénérien imposé aux candidats. C'est en effet une véritable étude de psychopathie sexuelle, dans laquelle l'hébéphrénie, l'onanisme, l'impuissance, les perversions du sens génital chez l'homme, l'hystérie, la neurasthénie, l'excitation génitale, la manie menstruelle, la ménopause et les diverses névroses chez la femme sont tour à tour étudiés.

Les états nerveux d'origine intersexuelle, les trouble nerveux d'origine vénérienne sont décrits tour à tour, et, brusquement, le mémoire se termine, sans une conclusion, sans un regard d'ensemble sur ce qui vient d'être passé en revue.

D'une lecture attrayante, ce travail mérite le reproche inverse de celui que j'adressais au premier. Ici tout a été sacrifié à la forme ; c'est un livre aimable, où Rabelais voisine gentiment avec Lucrèce et Ronsard, et où le souci littéraire prime la recherche scientifique

Le 4e mémoire : « La vérole est un fumier qui favorise l'éclosion de tous les germes diathésiques » s'intitule : *Rapports entre la syphilis et les dermatoses banales coexistantes* :

C'est un volumineux travail de 341 pages dont 35 observations forment la trame.

Après un aperçu historique de la question, l'auteur donne quelques considérations générales sur les relations possibles entre la syphilis et les éruptions cutanées ; puis vient, par lettre alphabétique, la description de toutes les dermatoses pouvant accompagner la syphilis : acné, eczéma, érythème polymorphe, érythème noueux, éruptions médicamenteuses, gale et phtiriase, intertrigo, lèpre, lichens, etc., etc.

Et le travail s'arrête là, sans la moindre conclusion, sans le plus petit effort pour trouver dans une pathogénie spéciale la cause des rapports entre la syphilis et les dermatoses. L'on eût aimé, après cette énumération, à trouver quelques vues d'ensemble qui eussent permis d'entrevoir le parti à tirer au point de vue clinique et thérapeutique d'un travail qui, sans cela, reste purement spéculatif, comme tant d'autres.

Le n° 5 « Principiis obsta » s'intitule : *Du traitement chirurgical de l'avortement.*

C'est un long plaidoyer en faveur du curettage dans les cas de rétention du placentà et des membranes de l'œuf. Dans un aperçu historique l'auteur résume les étapes établies par Raymond dans son excellente thèse d'agrégation (1880), pour attribuer à Doléris le mérite d'avoir précisé l'origine puerpérale de nombre d'inflammations utérines. Il discute alors les divers modes de traitement de la rétention placentaire ergot, quinine, tamponnement, pour s'arrêter au curettage, seul efficace, et facile à affectuer même sans anesthésie. La technique en est décrite avec le plus grand soin, ainsi que les soins ultérieurs, puis, avec ses conclusions, l'auteur apporte douze observations, tirées des 186 curettages qu'il a eu l'occasion de faire.

Bien étudié, ce mémoire a le mérite d'être une œuvre absolument personnelle, tirée de toutes pièces d'une longue carrière professionnelle. Basé sur de nombreuses observations, il aboutit à des conclusions des plus précises et en parfait accord avec les idées de la thérapeutique obstétricale moderne.

Le n° 6 a pour épigraphe : « Si le style c'est l'homme, l'ovaire c'est le genre humain » et pour titre : *Les opérations conservatrices modernes sur les ovaires.*

Après avoir défini son sujet, l'auteur montre le chemin parcouru depuis les premières opérations de Spencer Wells et l'influence des idées de Pozzi sur cette chirurgie conservatrice à laquelle sont opposés des maîtres comme Segond et Bouilly.

Le massage intra-abdominal de l'ovaire est la première intervention décrite, puis la ponction intra-abdominale des petits kystes de l'ovaire, — l'incision de l'ovaire ou oophorectomie, — l'ignipuncture de l'ovaire. — la résection de l'ovaire, — l'oophoropexie.

Toutes ces interventions sont clairement décrites, et quelques figures aident à mieux comprendre certains procédés.

Sans nous permettre sur le fond de ce travail la moindre critique, nous lui reprocherons pourtant d'être trop théorique et trop particulariste. Nous aurions aimé à voir discuter les indications de ces opérations conservatrices et leur voir opposer les autres modes de traitements médicaux et chirurgicaux des affections ovariennes. Il eût été possible ainsi de juger à bon escient d'opérations qui sont restées le monopole d'une école gynécologique, école à la tête de laquelle combattent des maîtres éminents, mais dont les opinions sont encore discutables et n'ont pas encore le droit d'être imposées sans discussion.

Tel est, Messieurs, le résumé de nos impressions à la lecture des manuscrits soumis à vos suffrages. Laissant dans l'ombre le mémoire n° 1, dont il vaut mieux ne pas parler, la commission est heureuse de constater que le concours de 1901 a fait éclore cinq mémoires de réelle valeur.

L'accord ayant été unanime et spontané pour l'attribution du prix, force nous fut de faire un choix parmi les quatre autres concurrents pour l'attribution des récompenses.

Attribution du prix : La Commission disposait d'une somme de *quinze cents francs* dont six cents représentant le montant du prix Duparcque, les neuf cents autres formant le reliquat du capital disponible en 1898 (300 francs) et le montant du prix de 1899 (600 francs), qui ne fut pas décerné.

Elle a l'honneur de proposer à la Société : 1° d'accorder le prix Duparcque, avec la somme statutaire de *six cents francs*, au mémoire classé sous le n° 2, ayant pour titre : *De l'infection des voies génitales de la femme par les urétrites chroniques non gonococciques de l'homme*, et pour épigraphe : « Quod vidi, scripsi ».

2° Une mention très honorable avec une somme de *deux cents francs* au mémoire n° 5 ayant pour titre : *Des suites gynécologiques de l'avortement et de leur traitement chirurgical par les méthodes modernes*, et pour épigraphe : « Principiis obsta ».

3° Une mention honorable au mémoire n° 6, ayant pour titre : *Les opérations modernes sur les ovaires*, et pour épigraphe : « Si le style c'est l'homme, l'ovaire c'est le genre humain ».

4° De réserver une somme de *sept cents francs* qui, ajoutée au montant du prix Duparcque pour 1903, formera une quotité disponible permettant de multiplier les récompenses s'il y a lieu.

Paris, le 14 décembre 1901.

Edmond Vidal.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. Les plis cachetés sont ouverts, et les lauréats proclamés.

1° *Le prix Duparcque*, avec une somme de six cents francs est attribué à M. Camille Audistère, interne en médecine à l'Hôtel-Dieu.

2° Une *mention très honorable*, avec une somme de deux cents francs, est accordée à M. le Dr Wisard, chirurgien à Toulon.

3° MM. les docteurs Monprofit, d'Angers, et Marcel Baudoin, de Paris, obtiennent une *mention honorable*.

Les lauréats seront convoqués pour la séance prochaine, où les récompenses seront décernées.

M. Vidal est nommé secrétaire général adjoint, spécialement chargé de tout ce qui concerne les rapports de la Société avec la Presse.

Elections pour le renouvellement du bureau.

1° M. Picqué est nommé président (18 voix sur 18 votants.)

2° M. Budin est nommé vice-président (17 voix et un bulletin blanc.)

3° M. Tissier est nommé trésorier (18 voix sur 18 votants.

4° MM. Monel et Vidal sont nommés secrétaires (18 voix sur 18 votants.)

5° MM. Béni-Barde et Ladreit de Lacharrière sont nommés membres du Conseil d'administration, M. Leudet a obtenu une voix.

6° MM. Brossard, Millée, Dhomont et Albert-Weil sont nommés membres du Comité de Publication.

Le banquet annuel de la Société est fixé au 18 janvier 1902. Commission : MM. Dubuc, Leudet et Buret.

En conséquence, le bureau, pour l'année 1902, est ainsi constitué :

Président : MM. Picqué. — *Vice-Président* : M. Budin. — *secrétaire-général* : M. Buret. — *Secrétaires-annuels* : MM. Vidal (Edmond), *Secrétaire général adjoint*, et H. Monel. *Trésorier* : M. Tissier. — *Conseil d'administration* : Le bureau assisté de MM. Ladreit de Lacharrière et Béni-Barde. — *Comité de Publication* : MM. Brossard, Millée, Dhomont et Albert Weil.

La séance est levée à six heures.

L'un des secrétaires annuels,
H. Monel.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 12 novembre. — Présidence de M. Kirmisson.

Transport des contagieux en chemin de fer.

M. Netter donne lecture du rapport de la Commission nommée à la dernière séance, à la suite de la communication de M. Variot, pour étudier la question du transport des malades contagieux par les Compagnies de chemins de fer. Les conclusions de ce rapport sont les suivantes : « 1° Il convient d'interdire aux enfants atteints de maladies contagieuses l'accès des compartiments fréquentés par d'autres sujets. 2° On devra mettre des compartiments spéciaux à la disposition des enfants contagieux et de ceux qui les accompagnent. Ces compartiments devront être demandés à l'avance par les familles, et ces demandes devront être accompagnées d'un certificat médical. 3° Les compartiments qui auront servi au transport des malades porteront, en caractères très visibles, la mention « à désinfecter », et la désinfection aura lieu aussitôt après l'arrivée à destination. 4° A défaut de compartiments spéciaux, un compartiment ordinaire, muni de housses facilement désinfectables, sera affecté au transport des contagieux. Il y aurait avantage à la cons-

truction de wagons spéciaux dont la désinfection serait plus commode, plus sûre et plus économique. 5º L'isolement des enfants contagieux étant incontestablement moins utile pour eux-mêmes que pour l'ensemble des voyageurs, il paraît équitable de ne pas faire payer, pour l'usage des compartiments réservés aux malades, plus que le prix des places habituel ».

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité par la Société, et seront transmises en son nom aux ministres compétents.

Hémoglobinurie due à une ingestion d'antipyrine.

MM Simon et Maheu font une communication sur un cas d'hémoglobinurie par ingestion d'antipyrine chez une choréïque. Il s'agissait d'une petite malade du service de M. Guinon, atteinte d'une chorée assez intense, et traitée par l'antipyrine à haute dose. Après quatre jours de traitement, pendant lesquels l'enfant avait absorbé en tout 9 grammes d'antipyrine, les urines devinrent rouges, albumineuses, et l'examen spectroscopique y démontra l'existence d'hémoglobine, sans que, néanmoins, l'on y trouvât des globules sanguins au microscope. On constata en même temps la présence d'hémoglobine dissoute dans le sérum sanguin.

M. Comby considère ce fait comme tout à fait exceptionnel. Avec des doses d'antipyrine poussées jusqu'à 6 grammes par jour, il n'a jamais noté d'hémoglobinurie : il n'a vu que rarement de l'oligurie, et une seule fois une anurie qui a persisté pendant 24 heures : il a vu quelques érythèmes, surtout pendant les grandes chaleurs, sous l'influence desquelles l'élimination rénale est diminuée.

M. Guinon insiste également sur le caractère exceptionnel de ce fait. L'hémoglobinurie est survenue alors qu'on avait, la veille, suspendu l'emploi de l'antipyrine, en raison de la sécheresse de la langue et d'un certain degré de dépression de la petite malade.

M. Variot rapproche ce cas d'hémoglobinurie d'un autre observé après deux jours d'administration du chlorate de potasse à la dose de 2 ou 3 grammes, chez un enfant de 6 ans.

M. H. Leroux ne croit pas qu'on puisse établir une relation de cause à effet entre l'oligurie et les érythèmes, et il cite à l'appui de son dire un cas d'érythème observé par lui chez un enfant qui, précisément, avait une polyurie de 4 à 5 litres par jour.

Duplicité acquise de la luette.

M. Roy présente une fillette du service de M. Variot, chez laquelle il existe une duplicité acquise de la luette, en tout semblable à une bifidité congénitale, et que l'on pourrait considérer comme telle, si l'on n'avait pas été témoin de sa formation par le fait d'une ulcération qui, après avoir perforé la luette à sa base, l'a progressivement sectionnée verticalement jusqu'à son extrémité.

MM. H. Leroux et Besson présentent des photographies d'une petite malade sur laquelle ils ont employé la *prothèse nasale par injection de vaseline*, pour remédier à un effondrement syphilitique du nez. Deux injections de 1 cent. cube de vaseline ont été faites sous la peau, à 15 jours d'intervalle. La réaction s'est bornée à un peu d'œdème pendant 36 heures. Le résultat est très satisfaisant.

M. Simon lit la relation d'un cas de *paraplégie hystérique* observé chez un enfant du service de M. Guinon.

M. Mauclaire communique une observation de *péritonite à pneumocoques* qui a, jusqu'à un certain point, prêté matière à confusion avec une péritonite appendiculaire.

Ch. H. Petit-Vendol.

Assistance Publique : *Conseil de surveillance.* — Les médecins des hôpitaux ont réélu le 16 décembre M. le Dr Faisans comme leur délégué au Conseil de surveillance.

Encore les rayons X — Le Dr Bourgade de la Dardye a été condamné par la 4e chambre, à 500 fr. de dommages-intérêts envers une de ses clientes, Mme D..... Celle-ci avait perdu une partie de ses cheveux à la suite d'une application de rayons X faite par un employé du médecin, pour la guérir d'une névralgie faciale. Mme D..... avait également été brûlée a l'œil droit par la lumière Rœntgen (*La Lanterne* du 13 décembre 1901).

BIBLIOGRAPHIE

Clinique thérapeutique, par Gaston Lyon (4e édit.. Masson et Cie édit.)

Est-il nécessaire de faire l'éloge d'un livre de ce genre qui, en six ans, en est à sa quatrième édition ? Cependant le livre de M. Lyon n'est pas le seul traité de clinique thérapeutique qui ait été édité récemmement. A notre époque d'incessants progrès séméiotiques et thérapeutiques obligent les auteurs à modifier et à augmenter chacune de leurs éditions. M. G. Lyon n'a rien négligé pour faire de son traité une œuvre sans lacune. Les 1538 pages de sa *Clinique thérapeutique* contiennnent toutes les connaissances pratiques indispensables au médecin. Ajoutons aux qualités de ce livre, ce qui ne saurait nuire, le soin tout particulier que l'éditeur à mis à sa publication et sa solide et élégante reliure.

J. N.

Actes et thèses de la Faculté de Paris.

Thèses.— *Mardi 24 décembre*. à 1 heure.— *M. Moriehau-Beauchant* : Etude thérapeutique de la lécithine ; MM Debove, Pozzi. Poirier et Richaud. — *M. de la Colombe de la Volpilière* : De la dégénérescence épithéliale secondaire de l'utérus ; MM. Pozzi, Debove. Poirier et Richaud.

Jeudi 26 décembre, à 1 heure. — *M. Guibert* : Etat sanitaire de la ville de Saint-Brieuc (1595-1901) : MM. Proust, Dieulafoy. Netter et Rénon. — *M. Fiocre* : Contribution à l'étude de l'éléphantiasis nostras (variété lymphangiectasique) : MM. Dieulafoy, Proust, Netter et Rénon. — *M. Dabout* : Des formes méningitiques de la fièvre typhoïde ; MM. Dieulafoy, Proust, Netter et Rénon. — *M. Fleury* : Scoliose congénitale ; MM. Berger. Quénu, Marion et Gouget. — *M. Dejault* : Contribution à l'étude des complications septiques des calculs salivaires du plancher de la bouche : MM. Berger. Quénu, Marion et Gouget. — *M. Mathieu* : Hérédité névropathique rétro-bulbaire héréditaire ; MM. Le Dentu. Budin, Auvray et Demelin. — *M. Brunet* : Du système maxillo-dentaire dans l'hérédo-syphilis ; MM. Le Dentu, Budin, Auvray et Demelin. — *M. Vendeville* : De l'énucléation de l'œuf humain dans l'opération césarienne ; MM. Budin, Le Dentu. Auvray et Demelin.

Vendredi 27 décembre, à 1 heure. — *M. Martin* : De la manifestation emphysémateuse de la tuberculose pulmonaire : MM. Landouzy. Pouchet, Widal et Desgrez. — *M. Lhopitallier* : Etude des liserons indigènes : leur emploi thérapeutique ; MM. Pouchet, Landouzy, Widal et Desgrez. — *M. Albert* : Considérations pouvant servir de contribution à l'étude de la folie transitoire au point de vue médico-légal : MM. Brissaud, Richet, Teissier et Gley. — *M. Muller* : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de cyanure de mercure : MM. Brissaud. Pouchet, Teissier et Desgrez. — *M. Bernard* : Traitement des névralgies par les injections sous-cutanées de sérum artificiel : MM. Brissaud, Richet, Gley et Teissier.

Examens. — *Lundi 23 decembre*, à 1 heure. — 3e (Deuxième partie, N. R., laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique) : MM. Blanchard, Tessier et Legry. — 2e (Salle Richet) : MM. Ch Richet, Hanriot et Retterer. — 3e (Oral, Première partie, N. R.) : MM. Mauclaire, Rémy et Lepage. — 3e (Deuxième partie, A. R.) : MM. Fournier, Landouzy et Gaucher. — 5e (Première partie, Chirurgie, Hotel-Dieu), 1re série : MM. Tillaux, Doléris et Legueu — 5e (Première partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Gosset. — 5e (Deuxième partie, Hôtel-Dieu) : MM. Hayem, Brissaud et Bezançon.

Mardi 24 décembre, à 1 heure. — Médecine opératoire, épreuves pratiques : MM. de Lapersonne. Hartmann et Auvray. — 3e (Deuxième partie, N. R) : MM. Cornil. Méry et Chassevant. — 1er (Oral) : MM. Farabeuf, Quénu et Launois. — 3e (Oral. Première partie, N. R., salle Pasteur) : MM. Le Dentu. Thiéry et Bounaire. — 3e (Deuxième partie. A. R., Hôtel-Dieu) : MM. Hutinel, Achard et Jeanselme. — 4e (Hotel-Dieu) : MM. Proust. Pouchet et Vaquez. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité) : MM. Guyon, Schwartz et Marion, — 5e (Deuxième partie, Charité). 1re série : MM. Dieulafoy, Dupré et Gouget. — 5e (Deuxième partie, Charité). 2e série : MM. Joffroy, Raymond et Thiroloix.

Corps de santé. — Par décret en date du 7 décembre 1901, M. Laurent, médecin de 2e classe, a été promu à la 1re classe de son grade. Par décret de même date, M. du Bois Saint-Sévrin, médecin de 1re classe, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Brest.

FORMULES

XXVI. — Contre le diabète des enfants.

Antipyrine	10 grammes.
Glycérine	30 —
Eau	150 —

1 à 4 cuillerées par jour.

Sulfate de strychnine	5 décimilligr.
Arséniate de soude	1 milligr.
Codéine pure	0 gr. 01 cent.
Valérianate de quinine	0 gr. 05 —
Extrait de valériane	q. s. pour 1 pilule.

1 pilule à 6 suivant l'âge aux repas.

(Legendre.)

Pour remplacer le sucre :

Saccharine	3 grammes.
Bicarbonate de soude	2 —
Mannite	50 —
Mucilage	q. s.

Pour cent pastilles.

(Comby.)

(Extrait du *Traité élém. de clinique thérapeut.* de Gaston Lyon.)

THÉRAPEUTIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques.

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, insolube dans l'alcool chaud, l'éther, les essences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques remarquables bien mis en lumière par le Dr de Korab dans diverses communications, notamment à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, tarit l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un véritable pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action préventive et curative sur l'hémoptysie, excite l'appétit, facilite la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. On la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 1er décembre au samedi 7 décembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,081 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 404, illégitimes 138. Total 542. — *Sexe féminin* : légitimes, 405, illégitimes, 134. Total, 539.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 1er déc. au samedi 7 décem. 1901, les décès ont été au nombre de 975, savoir : 516 hommes et 459 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal): M. 5, F. 5. T. 10. — Typhus exanthématique : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 1, F. 2, T. 3. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 12, F. 9, T. 21. — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 1, F. 0, T. 1. — Tuberculose des poumons : M. 142, F. 96, T. 238. — Tuberculose des méninges : M. 12, F. 10, T. 22.— Autres tuberculoses : M. 14, F. 5, T. 19. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 33, F. 19, T. 52. — Méningite simple : M. 9, F. 1, T. 10. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 22. F. 30, T. 52. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 29, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 6, T. 10. — Bronchite chronique : M. 15, F. 17, T. 32. —Pneumonie : M. 35, F. 20, T. 55. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 47, F. 60, T. 107. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 4, F. 2, T. 6 ; autre alimentation : M. 11, F. 7, T. 18. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 1. F. 4, T. 5. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 3, T. 4. — Cirrhose du foie : M. 8, F. 4, T. 12. — Néphrite et mal de Bright : M. 8, F. 12, T. 20. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 5, T. 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 15, T. 30. —Débilité sénile : M. 3, F. 41, T. 44. — Morts violentes : M. 17, F. 9, T. 26.— Suicides : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres maladies : M. 50, F. 31, T. 81. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 4, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 24, illégitimes, 13. Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 12. — Total : 28.

Société française d'hygiène. — Cette Société, sur le rapport de la commission du concours de 1901 : *Que doit-on boire ?* Boissons bienfaisantes, boissons à redouter, vient de proclamer les lauréats de ce concours. Quinze mémoires avaient été envoyés. Les récompenses suivantes ont été décernées :

Médaille d'or. — M. le Dr Dommartin, médecin-major à l'hôpital militaire de Batna (Algérie) ;

Médaille de vermeil. — M. le Dr Bauzon, médecin en chef de l'hospice Saint-Louis, à Chalon-sur-Saône ;

Médailles d'argent. — MM. les Drs Pagniello à Melfi-Nalie ; Charles Valery, externe des hôpitaux de Paris ; E. Bigaux, professeur départemental d'agriculture à Mende (Lozère) ;

Médailles de bronze. — MM. Léopold Joly, pharmacien à Paris ; Ch. Gerier, professeur à l'Ecole normale d'Alençon (Orne) ; J.-B. Lavialle, instituteur à Garias (Corrèze).

Les récompenses seront remises aux lauréats, au banquet de la Société qui aura lieu samedi prochain, 21 courant, au Grand-Hôtel, sous la présidence du Dr Ladreit de Lacharrière.

Société du ixe arrondissement. — *Bureau de 1902.* — Président : M. Morel-Lavallée ; Vice-président : M. Ozenne ; Secrétaire-général : M. Dagron ; Secrétaire-général-adjoint : M. Olivier ; Secrétaire des séances : MM. Barbellion, Guillemot ; Trésorier : M. Duboys de Lavigerie.

Concours de l'externat. — *Anatomie* : Veines superficielles du membre inférieur ; rapports de la vessie ; veine porte. *Pathologie* : Moyens d'arrêter les hémorragies ; luxations de l'épaule en avant.

Concours de l'Internat des hopitaux de Paris. — Le concours de l'Internat s'est ouvert le 16 décembre. Le sujet de la composition était : *Nerf médian* ; *Signes et diagnostic du goitre exophtalmique.* Il a été remis 416 copies et le jury s'est sectionné pour en entendre la lecture en : *Section d'Anatomie* : MM. Œttinger, Belin, Tuffier, Guéniot et Potocki ; et *Section de Pathologie* : MM. Barié, Lamy, Ricard, Rochard et Brindeau.

Concours du prix de l'Internat. — *Médecine* : Médaille d'or : M. Lœper. Médaille d'argent : M. Guillain ; Accessit : M. Poulain. *Chirurgie* : Médaille d'or : M Duval. Médaille d'argent : M. Lenormant.

Le massage et les aveugles. — Une profession pour les nombreux aveugles qui pullulent sur les ponts, où ils apitoient les passants sur leur malheureux sort. Il s'est formé, à Londres, une commission pour apprendre le massage aux aveugles ; le sens tactile de ces malheureux et la précision de leurs mouvements pourraient très bien convenir dans l'exercice du massage. Il y a là une idée à creuser ! (*Lyon républicain, 20* novembre.)

Faculté de Médecine de Lyon. — Par arrêté, en date du 12 décembre 1901, une chaire de clinique chirurgicale de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Edmond Barré, secrétaire général de la Société artistique « la Pomme », maire de Passais-la-Conception ; d'un des plus anciens journalistes médicaux de Paris, M. le Dr Pierre Garnier, qui écrivit des livres de vulgarisation sur le *Mariage*, le *Célibat*, etc., collabora à l'*Union médicale*, fonda le *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales*, et rédigea le journal la *Santé publique*. M. le Dr P. Garnier est décédé le mardi 10 décembre, à l'âge de quatre-vingt-deux ans. M. P. Garnier avait conservé jusqu'à la fin de sa vie les brillantes qualités qui en avaient fait un écrivain des plus distingués et des plus spirituels. Son fils, M. E. Garnier, est pharmacien major de 1re classe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie DOIN (OCTAVE)
8, place de l'Odéon

MENDES DE LÉON. — Métrites cervicales. Rapport présenté au congrès de médecine de Paris 1900. Grand in-8° de 40 pages. — Prix.......... 1 fr. 25
MOLIN. — Etude radiographique et clinique sur la dyschondroplasie. In-8° de 124 pages et 21 figures. — Prix........ 3 fr. 50
MONIN. — Les maladies de la digestion (estomac, foie, intestin) cure rationnelle. In-16 de 384 pages. — Prix............ 4 fr.
ROTHSCHILD DE (H.).— Pasteurisation et stérilisation du lait. In-16 de 94 pages.— Prix.......... 1 fr. 50
STOKVIS. — Doit-on combattre la fièvre. In-8° de 32 pages. — Prix.......... 1 fr.

Librairie MASSON
120, boulevard Saint-Germain

COSTE DE LAGRAVE. — Guérison de la tuberculose. In-8° de 320 pages. — Prix.......... 5 fr.
LYON (Gaston). — Traité élémentaire de clinique thérapeutique. In-8° de 1540 pages ; reliure toile. Prix.......... 25 fr.
POIRIER ET CHARPY. — Traité d'anatomie humaine, tome V (5 très forts volumes grand in-8° avec nombreuses figures en noir et en couleurs) en souscription. — Prix.......... 130 fr.
SABOURAUD (R.).— Maladies du cuir chevelu. Les maladies séborrhéiques, séborrhée, acné, calvitie. In-8° de 350 pages avec 91 figures dont 40 aquarelles en couleurs. — Prix...... 10 fr.

Librairie SCHLEICHER FRÈRES
15, rue des Saints-Pères

BINET (A). — L'année psychologique. 7e année, in-8° de 854 pages avec figures. — Prix.......... 18 fr.

Librairie MALOINE
23, rue de l'Ecole-de-Médecine

ARCHAMBAULT (L.). — Guide de l'examen gynécologique. In-16 de 116 pages avec 78 figures. — Prix.......... 3 fr.
GUIMBAIL. — A travers la médecine. In-8° de 136 pages.
RENZA (V.).— La faiblesse irritable sexuelle, étude psycho-physilogico-médicale. In-16 de 112 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille

AUBERT (P.).— Pour lutter contre les maladies des poumons. In-16 de 94 pages. — Prix.......... 1 fr. 50
BARBIER (H.).— Semiologie pratique des poumons et de la plèvre. In-16 de 252 pages avec figures noires et coloriées. — Prix 4 fr.
CHAMPEAUX. — Tableaux synoptiques d'exploration médicale des organes. Gr. in-8° de 184 pages. — Prix.......... 5 fr.
JOUSSET (L.). — Les microbes pathogènes. In-8° de 108 pages. — Prix.......... 2 fr.
SAULIEU et DUBOIS. — Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, fascicule III — Cœur — 30 fascicules gr. in-8°, de chacun 48 pages avec figures, chaque fascicule. — Prix.......... 1 fr.
SAULIEU et DUBOIS — Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, fascicule IV. — Thorax. — 30 fascicules, gr. in-8° de chacun 48 pages, chaque fascicule.— Prix.......... 1 fr.
VASCHIDE et PERON. — La psychologie du rêve. In-16 de 96 pages. — Prix.......... 1 fr. 50

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, rue des CARMES, à Paris.

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1900**.

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. CROUZON, DIONIS DU SÉJOUR, IZARD, LAURENS, PAUL-BONCOUR, PHILIPPE et OBERTHUR.
Tome XXI de la collection in-8 de CVIII-210 p., avec 19 figures dans le texte et XI planches hors texte. — Prix : 6 fr. Pour nos abonnés, 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 52. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 28 DÉCEMBRE 1901

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE

La digestion chez le nourrisson

Par **MM. H. de ROTHSCHILD** et **L. NETTER** (1).

Les transformations que subit le lait dans le tube digestif du nourrisson ont été depuis environ vingt ans l'objet de nombreuses recherches dans le domaine expérimental comme dans celui de la clinique ; les difficultés que l'on rencontre, quand il est nécessaire de substituer l'allaitement artificiel à l'allaitement au sein, justifient l'abondance de ces travaux. Au début de cette période de recherches, ce sont les anatomistes qui décrivent les particularités présentées par le tube digestif du nouveau-né ; la faiblesse de ses parois et l'insuffisance de ses sécrétions expliquent que le lait soit le seul aliment qui convienne au nourrisson. Plus tard les bactériologistes étudient la flore intestinale ; on constate alors que la digestion s'accomplit moins bien en l'absence de microbes, parce que ceux-ci engendrent, dans le tube digestif, des phénomènes de putréfaction qui activent la désintégration des matériaux alimentaires. En effet, les produits de putréfaction manquent quand la digestion se fait en milieu stérile mais l'assimilation est moins parfaite. D'autre part, certains microorganismes sont susceptibles de créer, dans le tube digestif, des infections variées très graves, lorsque ces germes sécrètent des substances capables d'intoxiquer l'organisme. C'est généralement le lait de vache qui est le véhicule de ces germes pathogènes ; il est donc nécessaire de le stériliser pour obvier à ces inconvénients. L'allaitement artificiel, ainsi modifié, donne de brillants résultats, moins bons toutefois que l'allaitement naturel. On remarque souvent, en effet, que le nourrisson au biberon est moins vigoureux que le nourrison au sein ; la différence est surtout marquée chez les débiles. Déjà, les physiologistes avaient montré que le taux des échanges nutritifs variait avec le mode d'alimentation des nouveau-nés. Des travaux plus récents, précédés des hypothèses d'Escherich et de Marfan, ont montré combien encore ce gros problème de l'allaitement était complexe et qu'il fallait peut-être compter maintenant avec la spécificité du lait dans chaque espèce animale, car le lait contient des ferments solubles en quantité variable et de nature différente, suivant les espèces, et dont la présence dans l'aliment semble nécessaire pendant les premiers mois de la vie. En résumé, grâce à ces diverses recherches physiologiques, de nombreuses modifications ont été successivement apportées dans la pratique de l'allaitement artificiel. Il est donc facile d'apprécier maintenant l'importance de l'étude physiologique de la digestion chez le nouveau-né, puisqu'elle est le meilleur guide dans le choix de l'aliment qui lui est propre.

DIGESTION BUCCALE. — Préhension. — La bouche est dépourvue de dents jusqu'au sixième mois environ. A partir de cette époque, elles apparaissent d'une façon assez régulière et dans l'ordre suivant, dont il est facile de se souvenir :

4 incisives médianes apparaissent à 6 mois (d'abord inf. puis sup.).

4 incisives latérales apparaissent à 1 an (d'abord sup. puis inf.).

4 premières prémolaires apparaissent à 1 an 1/2 (inf. puis sup.)

4 canines prémolaires apparaissent à 2 ans (inf. puis sup.)

4 deuxièmes prémolaires apparaissent à 2 ans 1/2 (inf. puis sup.)

La première dentition (20 dents, dites dents de lait) est donc complète à l'âge de deux ans et demi. La date d'apparition des premières incisives est toutefois assez variable et, dans certains cas, elles apparaissent d'assez bonne heure. Souvent, chez les enfants débiles, et surtout chez les rachitiques, on note un retard considérable ; les premières incisives n'apparaissent quelquefois qu'au 13e ou 14e mois. Cette première dentition commence à disparaître vers l'âge de six ans ; d'autres dents remplacent successivement les premières en même temps que de nouvelles apparaissent, celles-là définitives.

Par conséquent, jusqu'à l'âge de 7 mois environ, la bouche de l'enfant est incapable d'accomplir l'acte physiologique de la mastication. Il lui est donc impossible

(1) TOUVENAINT. — *Rev. Internat. de med. et de chirurg.*, 22 juin 1899, p. 202.

de se nourrir d'aliments solides ; seuls, les liquides peuvent être ingérés, grâce à des mouvements de succion. C'est un acte physiologiquement compliqué dans lequel les muscles de la langue interviennent pour une part très active (1). La langue est d'abord portée en totalité en bas, sa partie postérieure se place un peu en avant pendant que l'organe s'aplatit et se transforme en gouttière par le redressement de ses bords, sous l'influence de la pression des joues (2) ; de plus, l'isthme du gosier, étant très étroit, se ferme facilement et permet à la bouche d'agir comme une ventouse. D'après Cramer (3), on a attribué à tort, à la langue, un rôle considérable dans la succion : elle ne jouerait pas du tout le rôle du piston dans le corps de pompe, comme le soutiennent Marfan et Baginsky. Les mouvements de succion représentent une force d'aspiration qui varie entre 20 et 70 cent. cubes d'eau ; l'enfant fait le vide dans sa cavité buccale grâce à un mouvement d'abaissement de la mâchoire inférieure dans lequel les muscles masticateurs jouent un rôle capital, mais la pointe de la langue n'est pas attirée en arrière. Le travail nécessité par la succion au sein est plus grand que pour l'allaitement au biberon ; aussi, après sa tétée, le nourrisson au sein s'endort, tandis que le nourrisson au biberon crie. D'après Basch (4), la succion est un phénomène réflexe dont le centre, double et symétrique, serait situé des deux côtés du corps restiforme, dont la voie centripète serait la branche sensitive du trijumeau, et la voie centrifuge, le grand hypoglosse, le facial et le rameau moteur du trijumeau.

Certains vices de conformation ou certaines affections du nourrisson rendent la succion difficile ou même impossible (bec de lièvre, gueule de loup, muguet, coryza, etc.) Les débiles sont parfois incapables de téter ; il faut employer divers moyens pour remplacer la succion. On peut essayer de donner le lait avec une cuiller, un verre ; si ces moyens sont insuffisants, il faut recourir au gavage (5).

Si la bouche du nourrisson est bien armée pour la succion, par contre, la secrétion salivaire est presque insignifiante au début de la vie. Pendant les premières semaines, la muqueuse buccale présente une sécheresse relative, qui ne commence à disparaître que vers le deuxième mois ; cette sécheresse de la muqueuse pourrait expliquer la fréquence du muguet à cet âge. Toutefois, dès le premier mois, la salive jouit du pouvoir saccharifiant. A partir du premier mois, elle est sécrétée en abondance ; l'enfant bave alors pendant une période qui va du troisième au huitième mois environ. Cette bave est plus abondante dans l'allaitement artificiel et ne persiste que pendant le jour ; quand elle est nocturne, elle serait due à un vice de conformation nasale (6). Jusqu'au troisième mois, le nourrisson ne peut saccharifier que fort peu d'amidon, car le pancréas ne sécrète guère de ferment saccharifiant qu'à partir de l'âge d'un an. La mastication de l'aliment est du reste inutile puisqu'il est liquide. La salive ne joue donc ce rôle que dans la déglutition et l'on sait que la salive sublinguale gluante est surtout importante à ce point de vue. Quant au sens du goût, il est très confus chez le nourrisson ; il se développe lorsque la salive sous-maxillaire filante est assez abondante. Au point de vue bactériologique, on trouve dans la cavité buccale du nourrisson une flore bactérienne abondante ; Kneise a toujours trouvé cette cavité fertile en microbes dès la naissance, bien avant la première tétée. Au contraire, Campo (1) n'aurait pas rencontré de bactéries au moment où la bouche passe au périnée, lorsque le canal vaginal n'est pas infecté. Quelques heures plus tard, la respiration suffit à ensemencer le milieu buccal ; mais après les premières tétées, on trouve moins de colonies dans les cultures, parce que le lait aurait agi mécaniquement par lavage de la bouche. On y rencontre des saprophytes (B. subtilis, mesentericus, vulgatus, termo, leptothrix, buccalis, lactis aërogenes) et des microbes virulents (streptococcus, staphylococcus) provenant souvent du canal vaginal de la mère.

Digestion gastrique. — Au point de vue anatomique, l'estomac présente, chez le nourrisson, une direction verticale, de telle sorte que les liquides peuvent passer directement du cardia au pylore en obéissant simplement aux lois de la pesanteur. La sangle cardiaque manque à peu près totalement, ce qui explique la facilité des régurgitations. La grosse tubérosité et l'antre pylorique sont très peu développés. A l'état normal, sa paroi antérieure est inaccessible à la percussion, car elle est profondément située sous le globe gauche du foie et le côlon transverse. Quand l'estomac est dilaté, il devient alors accessible à l'examen physique. Sa capacité est petite à la naissance ; elle s'accroît très rapidement dans les trois premiers mois de la vie, si bien que l'organe est relativement plus volumineux à cet âge que chez l'adulte. Dans les deux mois qui suivent, l'accroissement est presque nul, puis il se fait régulièrement jusqu'à l'âge adulte.

Voici les chiffres de Rotch (2), concernant la capacité de l'estomac du nouveau-né :

Nouveau-né âgé de 3 heures.....	25 à 30 cc.
— — 4 semaines..	75 cc.
— — 2 mois......	96 cc.
— — 3 mois......	100 cc.
— — 4 mois......	107 cc.
— — 5 mois......	108 cc.

Ces chiffres diffèrent un peu de ceux de Beneke (3) (nouveau-né âgé de 3 heures, 35 à 40 cc., au 15e jour, 160 cc., à 2 ans, 740 cc.), de ceux de Fleischmann, Zucarelli, donnés par Marfan (4) et dont la moyenne est, à 5 mois, de 60 à 200 cc. entre 6 mois et un an, de 200 à 250 cc., à 3 ans de 350 cc. ; il est, en effet, important de les connaître exactement, car l'abondance des tétées doit tenir compte de la capacité de l'organe; mais cela est presque impossible, car sur le vivant, l'estomac doit être plus petit.

La dilatation gastrique, si fréquente chez le nourrisson, s'explique par la faiblesse de la tunique musculaire jusqu'à l'âge de 10 mois. La fréquence des vomissements découle également de cette cause : on sait qu'après une bonne tétée, il suffit parfois d'une pression sur l'abdomen pour faire refluer quelques gorgées de lait dans la bouche ; si le diaphragme et les muscles de de l'abdomen entrent en jeu, il ne se produit plus de

(1) Auerbach in Baginsky. — Traité des maladies de l'enfance.
(2) Baginsky. — *Loc. cit.*
(3) Cramer. — Mécanisme et physiol. de l'alim. artif. du nouveau-né. *Samml. Klin. Vortr.* 1900. n° 263, p. 1683.
(4) Basch in Marfan. — Traité de l'allaitement. 1899.
(5) Budin. — Le nourrisson.
(6) Sanchez de Silvera. Thèse 1894.

(1) Campo. — *Pediatria*, août 1899.
(2) Rotch in Taylor and Wells. Diseases of children. Londres, 1901.
(3) Beneke in Baginsky. — *Loc. cit.*
(4) Marfan. — *Loc. cit.*

simples régurgitations, mais des vomissements abondants de lait coagulé ou non, suivant que le ferment lab a agi ou non. Les excitations les plus minimes suffisent à les provoquer, grâce au faible développement des centres modérateurs cérébraux de l'excitabilité médullaire ; grâce aussi à la faiblesse des couches musculaires, la difficulté de la progression des aliments, autres que le lait de la mère, provoque une constipation opiniâtre.

L'appareil glandulaire de l'estomac est peu développé à la naissance ; les cellules de revêtement se différencient des cellules principales d'une façon variable. Il y a plus de cellules mucipares de surface (Soltau-Fenwick), ce qui explique l'abondance du mucus chez le nourrisson. Les amas lymphoïdes, qui siègent entre le fond des glandes et la muscularis-mucosæ, sont peu développés jusqu'à l'âge de six mois, sauf vers la petite courbure (1). On est donc conduit à penser que la sécrétion gastrique doit être au début peu abondante : c'est ce qui a lieu, en effet. Toutefois, dès les premiers jours, le suc gastrique jouit des propriétés actives qui le caractérisent : coagulation du lait, dissolution du coagulum et digestion des matières albuminoïdes. La coagulation du lait se fait grâce au lab-ferment (les acides n'agissent pas sur cette coagulation, le suc gastrique étant neutre ou alcalin au début de la digestion). Cette substance produit la coagulation en moins de 15 minutes ; mais, tandis que le lait de femme se prend en grumeaux séparés et grenus, nageant dans le sérum, le lait de vache cru forme un caillot massif et lourd ; le lait stérilisé, au contraire, semble se coaguler d'une façon analogue au lait de femme. Trouvé dans l'estomac dès le premier jour, et même pendant la vie intra-utérine par Léo, le lab-ferment n'a été rencontré par Van Puteren qu'au 24e jour. Le coagulum est ensuite attaqué par la pepsine et l'acide chlorhydrique qui transforment la caséine en composés chloro-organiques et en peptone directement absorbable ; la durée de cette action est d'environ une heure et demie à deux heures chez le nourrisson au sein, et de deux heures et demie à quatre heures chez le nourrisson au lait de vache ; en même temps, l'estomac se vide peu à peu et, au bout de deux à quatre heures, il est évacué. La réaction du chyme commence à devenir acide 15 minutes après le repas ; cette acidité est due à la présence de composés chloro-organiques et d'un peu d'acide lactique formé aux dépens du lactose vraisemblablement par des fermentations microbiennes (le suc gastrique du nourrisson n'étant pas bactéricide) ou par une lactase. La plus grande partie du lactose est du reste dédoublée en glycose et galactose directement absorbables.

D'après Arthus et Pagès, la peptonisation de la caséine ne serait complète que dans l'intestin grêle. Marfan croit que cela n'est vrai que pour le lait de vache ; quant à la caséine du lait de femme, elle est digérée en totalité dans l'estomac Pendant la digestion gastrique, on ne trouve pas d'Cl libre dans l'estomac, il n'apparaît qu'après l'évacuation du bol alimentaire. C (composés chloro-organiques) et T (chlore total) sont également peu abondants avant l'âge de deux ans et augmentent avec l'âge. Toutefois, il est démontré que, chez le nourrisson au biberon, l'abondance du chlore est presque aussi grande que chez l'adulte.

(1) Marfan.. — *Loc. cit.*

D'après les travaux de Hayem et Winter, de M. et H. Labbé, le rapport $\frac{A-H}{C} = X$ est plus petit que 1 pendant les premiers mois de la vie ; il devient supérieur à 1 pendant les deux premières années et ensuite, baisse de nouveau. Chez le nourrisson au lait de vache, ce rapport est toujours plus grand que 1, grâce à la présence des acides de fermentation. On trouve dans le chyme, outre les peptones, des propeptones, de la tyrosine, de la syntonine. de la leucine, des composés ammoniacaux. Quant aux sels minéraux du lait, ils sont absorbés en majeure partie par l'estomac (Marfan). Le beurre passe dans l'intestin librement ou emprisonné dans des grumeaux de caséine. Au point de vue bactériologique, l'estomac contient peu de microbes. Les uns sont des saprophytes, les autres sont susceptibles de devenir pathogènes.

Digestion intestinale. — Le ventre du nourrisson est assez saillant en avant, grâce à l'absence presque complète de concavité lombaire, grâce aussi au volume considérable du foie et de l'intestin. L'intestin du nourrisson est proportionnellement plus long que celui de l'adulte. Pendant l'enfance, la partie supérieure de l'intestin grêle occupe, en général, la fosse iliaque gauche, tandis que la partie inférieure se trouve à droite. Le duodénum, en forme d'anse, est très long. Le cæcum occupe une situation plus élevée que chez l'adulte ; il est également plus court, presque lisse et mal limité ; il est en général entièrement recouvert du péritoine. L'anse sigmoïde représente, à elle seule, la moitié de la longueur du gros intestin ; elle occupe une situation presque entièrement abdominale et non pelvienne comme chez l'adulte. Ce n'est que plus tard que son volume diminue par suite de la rétraction du mésentère. Le côlon transverse est souvent dirigé obliquement de la face inférieure du foie à la fosse iliaque gauche (1).

Structure. — La tunique musculaire est faible (selles nombreuses, constipation fréquente) ; par contre, la muqueuse et son appareil lymphoïde sont très développés, les villosités sont très vasculaires, les nerfs sont très nombreux et parfaitement myélinisés (Marfan). L'intestin est donc facilement irritable, mais sa faiblesse musculaire le rend, par contre, facile à épuiser.

Foie. — Il est très gros ; dès la vie intra-utérine, la fonction biligénique y est très active (le méconium contient de la bile en grande quantité). La fonction hématopoiétique disparaît à la naissance ; par contre, apparaissent les autres fonctions du foie : glycogénie, uropoièse, toxicolyse, mais ces dernières fonctions sont peu marquées chez le nourrisson, ce qui explique la facilité des infections intestinales.

Pancréas. — Il est très volumineux à la naissance ; le ferment saccharifiant n'y apparaît qu'à 4 mois. La trypsine (ferment peptonisant) et la stéapsine (ferment émulsionnant) y sont peu abondants au début.

Sécrétions intestinales. — Le suc intestinal est sécrété par les glandes de Liberkuhn, qui sont peu développées chez le nouveau-né. C'est un liquide peu digestif qui alcalinise et dilue le chyme à sa sortie de l'estomac. D'après Muira, il contiendrait aussi un ferment inversif capable de dédoubler le lactose.

Bile. — Elle est sécrétée abondamment par le foie

(1) Taylor and Wells. — *Loc. cit.*

chez l'enfant; elle contient peu de sels organiques (excepté ceux de fer), peu de cholestérine, peu de lécithine, peu de graisses et surtout peu d'acides biliaires. L'acide glycocholique manque presque complètement (1), circonstance favorable, car cet acide possède une action d'arrêt sur le pouvoir digestif des sucs gastrique et pancréatique qui, chez l'enfant, est déjà peu prononcé. Par contre, cette absence est défavorable à l'assimilation des graisses qui s'émulsionnent péniblement sans cet acide. On comprend donc que l'enfant digère mal le lait de nourrice ou de vache trop gras. J. Teissier soutient que si la bile n'est pas bactéricide, elle paraît être antitoxique. L'urée et les pigments biliaires y sont abondants ; chez le fœtus, ces derniers sont éliminés en nature dans le méconium, en même temps qu'un pigment rouge d'oxydation (Marfan). Chez le nourrisson, la réduction des pigments est moins complète que chez l'adulte qui les élimine dans les selles sous forme d'urobiline, de chromogène dans les urines, à moins qu'ils ne soient résorbés en partie, puis fixés à nouveau dans le foie. Dans le premier âge, la bilirubine non réduite se transforme au contact de l'air, dans les selles, en biliverdine, d'où la teinte verte que prennent ces selles après l'émission. Quant aux sels biliaires, ils sont décomposés en acides amides et noyau cholique qui, en partie résorbés, retournent au foie ou sont éliminés dans les selles. La cholestérine est éliminée également dans les selles.

Le suc pancréatique est légèrement alcalin et contient trois ferments dont nous avons parlé plus haut.

Mécanisme de la digestion intestinale. — Le bol alimentaire, élaboré par l'estomac, passe dans le duodenum: Arrivé au contact des différents sucs de l'intestin, sa réaction devient alcaline. La caséine restée intacte se peptonise sous l'action de la pepsine, qui continue son action et de la trypsine, qui agit mieux en milieu alcalin. Une petite partie des matières albuminoïdes se transforme en acides amidés : leucine, tyrosine, etc., le reste, devenu peptone, est absorbé. Le beurre, mis en liberté par la digestion de la caséine, est émulsionné et absorbé par les chylifères ; une petite partie seulement est saponifiée. L'absorption se fait très rapidement dans le haut de l'intestin grêle ; les résidus qui ont échappé à l'action des sucs digestifs se transforment en produits du putréfaction, tels que indol, skatol, phénol, toxines, éliminés en partie par les fèces, en partie résorbés et transformés par le foie. Peu abondants chez le nourrisson au sein, ces produits le sont plus chez le nourrisson au biberon (2). D'après Baginsky, il n'y aurait pas de tyrosine, pas de skatol, pas de phénol dans les selles d'enfants en bonne santé. Ces substances n'apparaissent que chez les nourrissons malades. Les selles sont au nombre de 2 à 5 dans les 24 heures, pendant le premier mois, puis elles deviennent moins fréquentes jusqu'à 8 à 10 mois où le nourrisson n'a plus qu'une selle. Dans les premiers jours de la vie, elles constituent le méconium. Son expulsion commence 6 à 12 heures après la naissance, 24 heures au plus, et dure 2 à 3 jours. C'est une pâte molle, noirâtre, inodore, contenant surtout des débris épithéliaux provenant du tube digestif et des sucs intestinaux, surtout biliaires; les selles restent quelques jours verdâtres, puis deviennent bientôt jaune d'or. Elles ont une consistance molle, une odeur fade légèrement acide; abandonnées à l'air, elles verdissent grâce à l'oxydation de la bilirubine (1). Quand le nourrisson est malade, elles sont vertes à l'émission ; chez le nourrisson au biberon, elles deviennent grisâtres. A l'examen microscopique, on y trouve des gouttelettes graisseuses, des cristaux d'acides gras isolés, des débris épithéliaux, des cristaux de sels de chaux, de la cholestérine, des bactéries, des grumeaux clairs formés par des gouttelettes graisseuses agglomérées et dont quelques-uns, plus durs, sont constitués par la réunion de sels de chaux et de bactéries ; ils ont alors l'apparence de fromage blanc ou de caséine mal digérée, mais on n'y trouve jamais de caséine. Ch. Michel (2) trouve, pour les selles de nourrissons au sein, la composition suivante. Pour 500 gr. de lait ingéré, il y a :

15 gr. de fèces humides et 3 gr. de fèces sèches.
Extrait éthéré, 20,65 pour 100 de fèces sèches.
Azote total, 4,1 %.
Sels minéraux 10,78 %.

Le fer est abondant au début de la vie ; le foie en élimine une grande quantité (3).

Si, d'autre part, un gramme d'azote représente 6 gr. 75 de matières albuminoïdes, on a, pour 100 gr. de fèces sèches :

Matières albuminoïdes.............	27.78 %
Matières organiques indét..........	40.8 %

Les selles contiennent en outre des gaz (CO_2, H., CH.) et de l'eau dans les proportions de 80 %.

Chez le nourrison au biberon, les selles sont plus abondantes et moins nombreuses ; l'assimilation est moins parfaite, surtout en ce qui concerne les sels minéraux. La caséine, qui est entièrement digérée par le nourrisson au sein, ne l'est pas chez le nourrisson au biberon.

Au point de vue bactériologique, les selles contiennent de nombreuses espèces de bactéries ; certaines variétés n'ont pas encore été isolées ; toutefois, on trouve le plus souvent les espèces suivantes : proteus, vulgaris, B. lactis aërogenes, B. coliformes.

Ces bactéries agissent, dans une certaine mesure, au cours des fermentations intestinales, mais elles ne paraissent pas indispensables. A l'état pathologique, les selles peuvent contenir des fragments de membranes dans certaines entérites chroniques, du pus dans certaines ulcérations intestinales, ou du sang dans les ulcérations du rectum ou les fissures de l'anus. On y observe, parfois, la présence de sang noir digéré, quand l'enfant a tété un sein couvert de fissures.

(1) Jacubowitsch in Baginsky. — *Loc. cit.*
(2) Marfan. — *Loc. cit.*

(1) Wegscheider. — *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1875. — Uffelmann. — *Traité d'hyg. de l'enfance*. Trad. Boehler.
(2) Ch. Michel. — *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 1899.
(3) Bunge. — *Cours de chimie biologique*. Trad. Jacquet, Paris, 1891.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La désinfection obligatoire et la loi sur la santé publique.

L'article 7 du projet de loi sur la santé publique qui vient d'être voté sans discussion par la Chambre rend la désinfection obligatoire dans tous les cas de maladies prévues par l'article 4 de la même loi qui oblige à la déclaration des maladies transmissibles. Cet article 7 indique dans quelles conditions seront prises les mesures de désinfection ; il sera nécessaire que les procédés mis en usage soient approuvés par le Ministre de l'Intérieur, après avis du Comité consultatif d'hygiène de France.

D'excellents esprits ont tenu à protester contre ce monopole de l'Etat sur les procédés de désinfection ; ils trouvent que les mesures prises avec l'approbation administrative peuvent être arbitraires et vexatoires, surtout dans de petites communes ; ils ont prétendu que l'on restreignait ainsi les droits de l'exercice de la médecine et ont proposé au Syndicat des médecins de la Seine la rédaction d'un nouvel article 7 ainsi conçu :

> La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies contagieuses. Elle ne sera appliquée administrativement que sur la demande du médecin traitant ou lorsque celui-ci n'aura pas déclaré avoir fait prendre lui-même les mesures nécessaires.

En principe, cet article paraît parfait et nous ne saurions nous étonner du succès qu'il a eu, après avoir été habilement défendu, à la fin de la séance de l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine. Mais, après la proclamation brillante des principes, l'emballement tombe et vient la réflexion ; on s'abaisse au terre à terre de la pratique et l'on se pose cette question : « A quoi peuvent bien être utiles au médecin praticien la charge, le souci et la responsabilité de la désinfection ? » Je livre à mes confrères mes réflexions qui sont celles de beaucoup de mes amis.

La désinfection jusqu'alors, quelque soit le procédé employé, est une désinfection relative : elle serait mieux dénommée, un nettoyage humide minutieux. Il n'y a pas, et il ne saurait y avoir dans l'état actuel de la science, de procédés sérieux de désinfection absolue. On n'est donc jamais certain d'enrayer par une désinfection soigneuse la propagation d'une maladie.

Ainsi, j'eus récemment l'occasion de soigner un cas de diphtérie dans une famille peu aisée comprenant les parents et huit enfants. Le malade fut envoyé immédiatement à l'hôpital, la désinfection soigneusement pratiquée. Huit jours après, nouveau cas, nouvel envoi à l'hôpital, nouvelle désinfection. Un troisième cas se produisit ; heureusement il fut bénin, et je n'eus raison de cette épidémie familiale qu'en injectant le sérum préventivement à toute la famille. Je me demande quelle aurait été ma responsabilité si j'avais moi-même dirigé les pratiques de désinfection ; quelle opinion aurait eue de moi cette famille dont j'avais la confiance, et s'il est bien de l'intérêt du praticien d'assumer, de par la loi, cette responsabilité.

Vous auriez été libre de ne pas vous charger de l'assainissement, me répondra-t-on. Certainement, mais les clients nous auraient toujours priés, nous médecins, d'y veiller, s'ils avaient su que nous le pouvions ; certains même auraient insisté, espérant ainsi moins compromettre l'état de leur mobilier. En un mot, je vois bien le bénéfice qu'aurait pu faire avec le nouvel article 7 un spécialiste en désinfection, mais je ne vois guère l'avantage qu'en aurait retiré le praticien.

Il aurait augmenté sa responsabilité, voilà tout ; cependant il n'en a nul besoin, les magistrats d'aujourd'hui s'appliquent assez bien à l'étendre.

J. Noir.

L'Assistance des idiots, imbéciles et arriérés.

Dernièrement, nous avons relaté plusieurs faits démontrant la nécessité de l'*assistance des épileptiques* sous forme d'*hospitalisation*. Nous avons indiqué aussi dans quelles conditions l'*assistance familiale* ou à domicile pouvait s'exercer utilement sans nuire au malade, sans causer de préjudice à la société. En maintes circonstances aussi, toujours en nous appuyant sur des faits, empruntés à des journaux de toutes les opinions politiques, nous avons insisté sur la nécessité non moins urgente de l'assistance des idiots, imbéciles et arriérés, adultes et enfants. Voici un fait nouveau, emprunté au *Progrès de l'Eure* du 13 décembre, inséré sous le titre : *Vol et attentat à la pudeur* :

> « La gendarmerie a ouvert une enquête au sujet d'un *vol* et d'un *attentat à la pudeur* dont s'était rendu coupable un nommé Philippe Hébert, de la commune de Le Fresne, âgé de 28 ans. Il en résulte que cet individu est *faible d'esprit*, considéré comme à peu près irresponsable ».

Ce malade, soumis, jeune, à un traitement et à une éducation appropriés, aurait pu probablement être rendu à peu près normal ; devenu adulte, son état ne s'étant pas modifié, il aurait dû être interné. Après des attentats contre la *propriété* et les *personnes*, on va reconnaître l'utilité de cette mesure, à moins qu'on ne le condamne à la prison. Dans le premier cas, hospitalisation avec traitement et éducation, on faisait une dépense productive, avec l'hospitalisation tardive ou l'incarcération, ce sera une dépense improductive.

Le département de l'Eure possède un vaste asile pouvant faire face à tous ses besoins. Mais, au lieu de faire une assistance complète en faveur de ses malades, il préfère diminuer le nombre des aliénés à sa charge et réserver le plus grand nombre possible de places pour les *aliénés de la Seine*, dont il tire profit. Rappelons que la Famille, la Commune, le Département et enfin l'Etat ont l'impérieux devoir de faire face, d'une façon complète, sans préoccupation de ce que peut tenter l'assistance privée, à toutes les dépenses d'assistance des malades, des infirmes de corps et d'esprit, des aliénés et des vieillards.

Bourneville.

Le fait suivant, que nous retrouvons, montre combien nos réflexions en ce qui concerne l'hospitalisation des aliénés dans l'Eure sont justifiées :

Depuis *quinze ans*, M. Jean J.., âgé de 43 ans, cordonnier à Ezy, était atteint du *délire de la persécution*, dit le *Progrès*

de l'Eure. Il couchait toujours avec son revolver, qu'il montrait à sa femme, en disant que c'était son médecin. Depuis plusieurs nuits, il dormait à peine, de plus en plus obsédé par son idée fixe. Mercredi matin, Mme J... fut réveillée par le bruit d'une détonation. Sans prendre le temps de s'habiller, elle courut à la boutique, où elle aperçut son mari gisant inanimé dans une mare de sang, et près de lui le revolver dont il s'était tiré un coup dans la bouche. Affolée, la pauvre femme ouvrit la porte de la maison et se mit à appeler au secours. Les voisins accoururent et la trouvèrent évanouie sur le seuil. Mme J... fut transportée chez M. Letellier, où elle reprit ses sens bientôt après, grâce aux soins du docteur Dauvel, qui venait de constater la mort de son mari.

Les aliénés doivent être hospitalisés le plus près possible du début de la maladie. C'est le moyen le plus efficace pour obtenir, si possible, la guérison. Plus on retarde, plus il y a à redouter l'incurabilité. Si, plus tard, le malade quoique non tout à fait guéri n'est pas dangereux, on peut le rendre à sa famille, avec ou sans secours, ou le placer dans une colonie familiale.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 % prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Distribution des prix de l'année 1901.

Prix Montyon (Médecine et chirurgie). — Des prix sont décernés : 1° à MM. les docteurs H. Claude (de Paris), et V. Balthazard, interne des hôpitaux de Paris, pour leurs *Recherches sur la cryoscopie des urines dans les maladies des reins et du cœur* ; 2° à MM. le docteur Schneider (médecin militaire) et Buffard (vétérinaire militaire), pour l'ensemble de leurs travaux sur le parasite de la dourine ; 3° à M. J. Lignières (d'Alfort), pour ses travaux sur les pasteurelloses et sur la *« Tristeza » ou Malaria bovine dans la République Argentine*.

Des mentions sont attribuées à MM. les docteurs Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, F. Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, P. Bourcet (de Paris).

Des citations sont accordées à MM. les docteurs E. Rabaud et F. Monpillard, et E. Escat (de Toulouse).

Prix Montyon (Statistique). — Le prix est décerné à M. G. Baudran (de Beauvais), pour son mémoire sur : *La tuberculose dans le département de l'Oise*.

Des mentions très honorables sont accordées : 1° à M. le docteur Lowenthal (d'Anizy-le-Château) pour sa : *Contribution à l'enquête sur les causes de la dépopulation française* ; 2° à MM. le docteur Delobel (de Noyon), Lebrun (de Percy) et Cozette (de Noyon), pour leur travail ayant pour titre : *La statistique des maladies contagieuses des animaux domestiques en France pendant les années 1886 à 1901.*

Prix Barbier. — Le prix est partagé entre MM. les docteurs Moreigne (de Paris), pour une série de publications diverses et un mémoire sur la *Cystinurie*, Tissier (de Paris), pour ses *Recherches sur la flore intestinale normale et pathologique du nourrisson*, et Coyon, pour sa thèse intitulée : *Flore microbienne de l'estomac et fermentations gastriques*.

Prix Bréant. — Le prix est partagé en trois parts égales : une à MM. les docteurs Jules Clermont et V. Montagnard (de Lyon), pour leurs travaux sur la leucocytose de la variole ; une deuxième à M. le docteur E. Weil (de Paris), pour ses recherches sur la leucocytose de la variole ; une troisième à M. Levaditi (de Paris), pour une série de notes relatives à la pathologie de l'infection.

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le docteur René Le Fur (de Paris), pour sa thèse intitulée : *Des ulcérations vésicales et, en particulier, de l'ulcère simple de la vessie.*

Prix Bellion. — Le prix est partagé entre MM. les docteurs Landouzy, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et G. Brouardel (de Paris), pour leur travail sur quelques empoisonnements non professionnels par l'aniline, et dom Sauton, pour son livre intitulé : *La lèprose.*

Des mentions très honorables sont accordées à M. le docteur Pégurier (de Nice) et à M. Razon.

Prix Mège. — Le prix (arrérages) est decerné à M. le docteur Gley, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour ses *Essais de philosophie et d'histoire de la biologie.*

Prix Allemand. — Ce prix est partagé entre MM. les docteurs J.-Ch. Roux (de Paris), pour sa thèse intitulée : *Les lésions du grand sympathique dans le tabes et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale*, J. Lépine (de Lyon), pour son *étude sur les hématomyélies*, et M. Catois (de Paris).

Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs F. Bernheim (de Paris), et A. Comte (de Paris).

Prix du baron Larrey. Le prix est attribué à M. le docteur Catrin (ancien médecin militaire), pour son travail sur *l'aliénation mentale dans l'armée.*

Une mention honorable est accordée à MM. les docteurs Tostivint et Remlinger (médecins militaires), pour une série de travaux sur la pathologie comparée de la race européenne et de la race arabe.

Prix Montyon (Physiologie expérimentale). — Le prix est décerné à M. Marcel Mirande.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur E. Bonniot (de Paris).

Prix Philipeau. — Le prix est partagé entre M. L. Camus (de Paris) et M. G. Moussu, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort.

Prix La Caze (Physiologie). — Le prix est décerné à M. le docteur Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'ensemble de ses recherches d'optique physiologique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1901.

Prix proposés pour l'année 1902 (1)

(*Les concours seront clos fin février 1902*).

Prix de l'Académie. 1,000 fr. (Annuel). — Question : *Des toxines en pathologie.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). 800 fr. (Annuel). — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. 1,000 fr. (Triennal). — Ce prix, qui peut être partagé, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix François-Joseph Audiffred. Un titre de 24,000 fr. de rente.

Prix Baillarger. 2,000 fr. (Biennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. 2,000 fr. (Annuel.)

Prix Charles Boullard. 1,200 fr. (Biennal). — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les

(1) Pour les prix sur lesquels ne sont donnés ici aucun renseignement, se reporter au *N° des Etudiants du Progrès médical* 9 nov. 1901, page 337.

meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en arrêtant ou en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. 1,200 fr. (Annuel.)

Prix Henri Buignet. 1,500 fr. (Annuel.)

Prix Campbell Dupierris. 2,300 fr. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Rapports des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.*

Prix Chevillon. 1,500 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. 800 fr. (Annuel.)— Question : *Des diverses formes de la démence.*

Prix Clarens. 400 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix Daudet. 1,000 fr. (Annuel.)— Les travaux adressés pour ce concours devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Desportes. 1,300 fr. (Annuel.)— Au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. 700 fr. (Biennal.) — Question : *Des somnambulismes.*

Prix Ernest Godard. 1,000 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Pierre Guzman. Un titre de 1,328 fr. de rente. — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées.

En attendant qu'on vienne à trouver, s'il se peut, un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit decernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur une de ces maladies.

Prix Herpin (de Metz). 1,200 fr. (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif du tétanos.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). 3,000 fr. (Annuel.) — Au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie. 5,000 fr. (Annuel.) — A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. 500 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. 1,000 fr. (Annuel.) — A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Prix Lefèvre. 1,800 fr. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Henri Lorquet. 300 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme). 2,600 (Annuel). — Au meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. 1,500 fr.

Prix Nativelle. 300 fr. (Annuel.)

Prix Orfila. 4,000 fr. (Biennal.)— Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.*

Prix Oulmont. 1,000 fr. (Annuel.) — A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or-chirurgie) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Portal. 600 fr. (Annuel. — Question : *Etudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

Prix Pourat. 700 fr. (Annuel.)—Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

Prix Saint-Lager. 1,500 fr.— Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses.

« Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique. »

Prix Saintour. 4,400 fr. (Biennal.)— Au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. 1,400 fr. Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. Extrait du testament.)

Prix Tarnier. 3,000 fr. (Annuel.)— Au meilleur travail, manuscrit ou imprimé en français, relatif à l'obstetrique.

Prix Vernois. 700 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix proposés pour l'année 1903.

(Les concours seront clos fin février 1903.)

Prix de l'Académie. 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Des moyens d'apprécier l'activité éliminatrice du rein.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). 800 fr. (Annuel.) —Au meilleur mémoire sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. 600 fr. (Annuel.)— Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix Barbier. 2,000 fr. (Annuel.)

Prix Mathieu Bourceret. 1,200 fr. (Annuel.) — A l'auteur du meilleur travail ou ouvrage sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. 1,500 fr. (Annuel.)

Prix Capuron. 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux salines en général sur la digestion.*

Prix Marie Chevallier. 6,000 fr. (Triennal.) — Au meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. 1,500 fr. (Annuel.) — A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. 800 fr. (Annuel.) Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.*

Prix Clarens. 400 fr. (Annuel.) — A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Des médications générales dans le traitement du cancer.*

Prix Desportes. 1,300 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail de la thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 1er décembre 1903.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1904. Une somme de 1,500 fr. sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. 1,000 fr. (Annuel.) — A l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). 3,000 fr. (Annuel.) — Au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Itard. 2,400 fr. (Triennal.)— Au meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

(Il est de condition rigoureuse que les ouvrages aient au moins deux ans de publication.)

Prix Laborie, 5,000 fr. Annuel.) — A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. 500 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. 1,000 fr. (Annuel.) — A l'élève en médecine qui se sera montre le plus méritant.

Prix Jules Lefort. 300 fr. (Quinquennal,) — A l'auteur du meilleur travail original, et non d'une œuvre de compilation, sur l'étude chimique des eaux minérales et potables.

Prix Henri Lorquet. 300 fr. (Annuel. — Au meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme). 2,600 fr. Annuel. — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. 1,500 fr.

Prix Nativelle. 300 fr. (Annuel.)

Prix Oulmont. 1,000 fr. (Annuel. — A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix médaille d'or-médecine) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Portal. 600 fr. Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

Prix Pourat. 700 fr. (Annuel.) — Question : *Des sécrétions microbiennes et leur action physiologique dans la genèse des maladies.*

Prix Philippe Ricord. 600 fr. (Biennal.)— A l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Henri Roger. 2,500 fr. (Quinquennal.) — Au meilleur ouvrage de médecine des enfants pathologie, hygiène et thérapeutique .

Il faut que les ouvrages aient au moins deux ans de publication.)

Prix Tarnier. 3,000 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Tremblay. 7,200 fr. Quinquennal.) — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires, plus particulièrement catarrhe de la vessie, affections de la prostate.

Prix Vernois. 700 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail sur l'hygiène.

Séance du 24 décembre.

La tuberculose d'origine alimentaire vétérinaire.

M. Arloing, directeur de l'école de médecine vétérinaire de Lyon, combat la doctrine soutenue au Congrès de Londres, par M. Koch sur l'innocuité du lait et de la viande provenant d'animaux tuberculeux. Les faits et les expériences qu'il cite sont très démonstratifs. La doctrine de Koch aurait donc au point de vue de la prophylaxie pratique des inconvénients réels.

Malformations produites par le corset.

M. Hamy présente un squelette de femme montrant d'une façon très nette les déformations osseuses produites par le corset.

Le paludisme en Corse.

M. Laveran. — La région orientale de la Corse est en bien des points ravagée par le paludisme. Le rapport de M. Laveran indique d'une façon très complète les moyens de l'assainir : assèchement des marais, drainage du sol, destruction des larves de moustiques, protection contre les insectes éclos par des grillages métalliques ou des moustiquaires, amélioration des conditions hygiéniques dans les villages pauvres, distribution gratuite ou à bas prix de sulfate de quinine. L'exemple de l'Italie montre tout ce qu'on peut obtenir dans la lutte contre l'impaludisme.

Elections.

Au cours de la séance, l'Académie a procédé à l'élection de son vice-président : M. Lancereaux a été élu par 63 suffrages sur 72 votants.

Ont posé leur candidature comme associés libres : MM. Capitan, Beni-Barde, Jules Voisin, Vérité, Lendet, Commenge et Clado.

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 decembre 1901. — Présidence de M. Reclus.

Plaies de la moelle.

M. Nimier lit deux observations intéressantes, confirmant le fait sur lequel a insisté M. Walther, à savoir la difficulté extrême de poser un pronostic dans les fractures du rachis.

M. Quénu a observé lundi dernier, un malade atteint d'une fracture de la colonne cervicale, à la hauteur de la 5e vertèbre : il y avait une paralysie totale, sensitovo-motrice dans les membres inférieurs, et dans la main et l'avant-bras des membres supérieurs : de plus une abolition complète des réflexes : le contact des bourses amenait une ascension lente du testicule, mais il s'agit là probablement d'une contraction directe du dartos sous l'influence de l'excitation. La température a atteint 39°.

M. Walther termine la discussion en constatant l'accord unanime qui règne au sujet de l'impossibilité de faire un diagnostic des lésions médullaires, l'état des réflexes ne permettant de tirer aucune conclusion.

Duodénostomie.

M. Routier a été appelé à faire des opérations presque analogues à celle de M. Hartmann et dans des conditions à peu près identiques. Dans le premier cas, il s'agissait d'injestion de liquides caustiques, suivie de vomissements de tout aliment ingéré : le cathétérisme montra l'œsophage perméable, et pensant à une sténose du pylore, M. Routier fit une laparotomie : le pylore fut trouvé profond et non mobilisable : l'incision de l'estomac le montra absolument perméable ; M. Routier mit alors une sonde assez grosse, dans le voisinage du pylore et alimenta son malade par cette voie. Le malade mourut 15 jours après l'intervention.

Plus récemment, il fit la même opération, mais l'inanition emporta son malade vers le 13e jour.

Enfin, le 24 février, dans un cas d'ingestion de HCl, le pylore avec vomissements, la laparotomie montra le pylore sous la forme d'un tube rigide, se continuant par une longue bande jusqu'au cardia, comme si les liquides avaient suivi cette voie directe du cardia au pylore, grâce à la cravate de Suisse comme l'enseignent les physiologistes. M. Routier fit la pylorectomie.

La Société de chirurgie procède à la nomination des membres du bureau pour l'année 1902.

Sont nommés : *Président* : M. Bouilly ; *Vice-Président* : M. Kiermisson ; *Secrétaires generaux* : MM. Bazy et Félizet : *Archiviste* : M. Broca.

Schwartz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 décembre 1901. — Présidence de M. Joffroy

Arthropathies et dysenterie.

M. Claude a soigné et fait l'autopsie d'un malade âgé de 50 ans environ, atteint d'abord d'arthropathies d'apparence rhumatismale, calmées par le salicylate de soude. Ce malade a été pris ensuite de diarrhée avec hémorragie intestinale: très rapidement la mort survint par péritonite par perforation intestinale. A l'autopsie, on constata des lésions très caractéristiques de la dysenterie. M. Claude n'a pu isoler le microbe pathogène de cette affection, l'autopsie ayant été faite trop tardivement.

M. Chantemesse fait remarquer que dans les selles du malade de M. Claude, il n'y a pas d'amibes. Il rappelle le rôle du microbe qu'il a décrit avec M. Widal, il y a 14 ans, et qui est du groupe bacterium coli.

M. Simonin, dans une épidémie de dysenterie nostras, a trouvé du bacterium coli et de l'entérocoque en quantité. Il n'a pas trouvé d'amibes.

Amyotrophie réflexe dans le tabes.

MM. Enriquez et Bauer présentent un tabétique atteint d'atrophie du muscle sterno-mastoïdien, du trapèze, du grand dentelé et du rhomboïde du côté droit, le deltoïde est peu atteint. Tout porte à croire que cette paralysie est d'origine réflexe.

M. Lermoyez conseille de rechercher si le larynx n'est pas touché, car il serait intéressant de voir si la branche interne du spinal est altérée comme paraît l'être sa branche interne.

MM. Enriquez et Bauer ont traité un tétanique par des injections de sérum phéniqué à 2 pour 100 et de sérum antitétanique. Les contractures cessèrent, mais le malade mourut d'une pneumonie. Il serait intéressant de faire des recherches sur l'influence de l'acide phénique en injections dans le tétanos.

M. Fernet montre des photographies d'une hystérique morte d'inanition et d'une maigreur absolument extraordinaire.

MM. Duflocq et Souques ont observé des cas analogues.

MM. Enriquez et Bauer ont observé chez un homme des *syphilides pigmentaires*, ce qui est rare chez l'homme. Ces syphilides paraissent affecter la forme metamérique. J. N.

Le centenaire de l'internat. On célèbrera l'an prochain le centenaire de l'internat des hôpitaux de Paris, et, afin de donner à cette solennité un éclat particulier, un Comité d'action a été chargé d'élaborer le programme des fêtes. Ces fêtes auront lieu les 12 et 13 avril ne concordant que très approximativement avec le centenaire réel de l'internat, qui fut institué le 2 février 1802. La première journée sera consacrée à une séance solennelle réunissant les pouvoirs publics dans le grand amphithéâtre de l'Assistance, et à un banquet. Le lendemain, sera inauguré, dans la cour de l'Hôtel-Dieu, un monument à la mémoire des internes morts victimes de leur dévouement.

Un Fou aux Petits-Ménages. — Un hospitalisé des Petits-Ménages, M. Jacques Filaire, âgé de soixante-neuf ans, qui depuis quelque temps déjà donnait des signes de dérangement cérébral, a été pris hier d'un accès de folie tel qu'il a fallu appeler les agents pour le diriger sur l'Asile clinique. Mieux aurait valu le placer dès le début dans un asile et le diriger non à l'Asile clinique mais à Bicêtre.

REVUE DES MALADIES DE LA NUTRITION

Rédacteur spécial : M. le Dr PAUL CORNET

—

I — Ulcère gastrique ou coliques hépatiques, par le Dr HESSE, de Kissingen (1).

C'est le docteur HESSE, de Kissingen, qui pose la question de savoir s'il s'agit d'ulcère gastrique ou de coliques hépatiques, dans bien des cas difficiles. Très souvent, une crise hépatique méconnue est prise à tort pour une affection gastrique, un ulcère, au grand dommage des malades. Riedel (2) cite de nombreux exemples de malades, traités pendant des années pour des diagnostics différents, jusqu'à ce qu'une intervention opératoire eût révélé une lésion de la vésicule biliaire. De même Keher, dans son excellente introduction à l'étude du diagnostic des formes particulières de la lithiase biliaire, écrit ce qui suit : « C'est très souvent qu'une crise hépatique est prise pour une vulgaire crampe d'estomac. Il est très difficile de distinguer les douleurs d'origine gastrique de celles dues aux coliques biliaires, et même à l'ouverture profonde de la cavité abdominale, le diagnostic différentiel peut être à peine établi ». Egalement Kelling (3) appelle l'attention sur la nécessité, dans les opérations pour ulcère gastrique, d'explorer les voies biliaires : et ajoute que, dans les cas gastriques douteux, il faut songer à la lithiase biliaire, dont les troubles peuvent simuler à peu près complètement ceux de l'ulcère gastrique. De plus, la simultanéité de deux sortes de symptômes n'est pas des plus rares.

Dans l'ulcus, les troubles dyspeptiques concomitants, lesquels, comme on le sait, manquent assez souvent, ne se distinguent en rien, de ceux constatés dans les autres maladies. L'appétit est même brillant, et les malades ne se privent de manger que par crainte des douleurs. La langue est presque toujours rouge et humectée, parfois chargée ; variable aussi est l'état des selles, quoique avec prédominance de constipation. Dans quelques cas : nausées et vomissements. La *douleur* est nettement localisée à l'endroit de l'ulcère, exagérée par la pression, par les aliments, surtout grossiers, par l'évacuation gastrique. Mais combien d'exceptions ! Souvent pas de douleur, mais simplement une pression sourde ou un fort pyrosis. Souvent, pas de localisation nette : la douleur est dans la poitrine, dans le dos, dans les bras, et les malades n'en peuvent donner le point de départ. Dans certains ulcères il n'y a pas corrélation, entre la douleur et l'ingestion d'aliments. Ainsi quand il y a hypersécrétion, il n'est pas rare de constater la diminution de la douleur par les aliments avec apparition de ces symptôme pendant la nuit.

De même, la consistance des mets n'a pas toujours la grosse influence qu'on lui prête. Kelling fait remarquer que dans l'ulcère du pylore et du duodénum, la douleur est, contrairement à ce qui se passe habituellement dans l'ulcère simple, assez indépendante de la consistance des aliments notamment si ces derniers sont résorbables dans l'estomac.

Quant à la sensibilité à la pression extérieure épigastrique ou dans le dos, des deux côtés des vertèbres à la hauteur des 7e et 12e dorsales, ce signe a encore bien moins de valeur ; il peut manquer complètement de signification. Cette sensibilité à la pression n'est pas rare chez les nerveux, chez les personnes excitables, et plus souvent en l'absence d'ulcère ; on la rencontre aussi dans la cholélithiase.

Voyons le symptôme : vomissement. Il manque certainement dans un tiers des cas, et rarement il est caractéristique. Il apparait trois heures après l'ingestion d'aliments, au moment de la douleur et coupe habituellement celle-ci. Est-il accompagné d'hématémèse, alors il acquiert souvent une grande importantce. Mais la reconnaissance de la cause exacte de l'hématémèse présente de grandes difficultés.

Passons aux troubles de la sécrétion gastrique remarqués dans l'ulcus : l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion. Les deux se rencontrent fréquemment, mais non toujours, et peuvent exister dans les affections gastriques les plus variées ainsi que dans la cholélithiase. La même chose peut se dire de certains troubles moteurs qui ne sont pas très rares dans les processus pyloriques ulcéreux, mais aussi dans d'autres localisations de l'ulcère. Il reste encore à parler d'un symptôme important qui, ainsi qu'on l'admet généralement, a une certaine valeur négative quant à l'ulcus ventricule : c'est la non-existence d'une tumeur. Pourtant ce symptôme négatif n'a lui-même qu'une valeur relative notamment dans l'ulcère récent. Gerhard, en particulier (1), s'est appuyé sur ce fait que dans les ulcères anciens dont les bords sont épaissis et durs on peut palper une tumeur. Même une tumeur facilement accessible peut donner lieu à erreurs. En tout et pour tout, il n'y a pas de symptôme pathognomonique de l'ulcère. La présence simultanée de ces différents symptômes facilitera le diagnostic dans la plupart des cas.

Il paraîtra clair que nombre de fois le diagnostic ne s'appuiera que sur une vraisemblance plus ou moins grande.

Et que se passe-t-il en ce qui concerne les coliques hépatiques dues à la lithiase biliaire ? Dans les cas types il est très facile d'établir le diagnostic mais combien difficiles dans d'autres cas. Considérons les divers signes comme nous l'avons fait pour l'ulcus. Les troubles dyspeptiques sont, ici comme là, rarement exclusifs, tandis que dans l'intervalle des coliques le malade peut être très sain du côté de l'estomac et de l'intestin. Dans de nombreux cas cependant, il y a une sensation de plénitude, de pression à l'épigastre, des nausées, des vomissements et très souvent ces manifestations dépendent, comme dans l'ulcère, de la nature des aliments. Les selles présentent aussi des variations dans leur consistance et le malade se plaint de flatulences aussi longtemps que dure la constipation. Mais des flatulences de longue durée doivent toujours faire songer aux coliques hépatiques et pousser les recherches dans cette direction. Remarque-t-on que les matières ont l'aspect grisâtre, alors le soupçon est confirmé. Mais souvent ces caractères sont mêlés avec la dyspepsie simple, avec l'ulcus, avec l'atonie et autres affections gastriques. La douleur également n'est pas caractéristique, ainsi que Taube l'a établi ; et les malades à coliques hépatiques supportent mieux l'alimentation non excitante. La colique hépatique, l'accès proprement dit, survient de préférence la nuit, cinq heures après le repos, Naunyn trouve l'explication de ce fait, parce qu'à ce moment, la digestion intestinale est particulièrement énergique ; et Kehr, parce que la bile non utilisée est accumulée la nuit dans la vésicule. Mais nous savons que dans certains cas d'ulcus la douleur peut également survenir la nuit.

Quand le vomissement existe avec la colique hépatique le diagnostic est facile : mais ce symptôme peut manquer dans la lithiase biliaire aussi bien que dans des cas d'ulcus. Le chimisme gastrique n'a pas une grande valeur de diagnostic, car il n'est pas rare de trouver l'hyperchlorhydrie dans l'ulcère, cet état peut exister également dans la colique hépatique où l'acidité est le plus souvent normale ou abaissée. Quant à la tumeur, elle n'existe pas dans un grand nombre de cas de lithiase biliaire. Et quand on la trouve, ce peut être à une place anormale, ou à une période postérieure à celle de la maladie. Et l'état peut changer d'un jour à l'autre, ou être impalpable pendant la crise et disparaître après. La présence de concrétions dans les selles n'est pas toujours une preuve absolue, parce qu'il peut s'agir de faux calculs biliaires (Furbringer) (2), soit de cellules pierreuses provenant de poires. L'ictère manque au moins dans la moitié des cas.

(1) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Hamburg, Februar 1897.
(2) Mitteilungen aus den Grenzgebieten, 1898.
(3) *Arch. f. Verde-Krankh.*, 1900. H. 4.

(1) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1888.
(2) *Verl. der. Conf. f. inn. Med.* 1892.

I. — Contribution à l'étude du cancer de l'estomac, par Boas (1).

Il s'agit de quelques nouvelles observations apportées par Boas, comme contribution à l'étude du carcinome de l'estomac, spécialement au point de vue des variations et des complications cliniques. Soit : 141 cas de cancer gastrique. observés en l'espace de 5 ans et dont beaucoup ont été longtemps traités, et représentant un triage de cas typiques. Ces relations appellent les réflexions de l'auteur, relativement au début du cancer, l'arrêt de l'appétit, la marche et les complications : parmi celles-ci, signalons les troubles de la fonction intestinale (quelques cas de diarrhée, mais surtout de la constipation, sans relation très nette avec l'insuffisance chimique ou motrice de l'estomac), l'œdème et l'ascite, la hernie épigastrique (2 cas, dont un lipome péritonéal, et une véritable hernie du mésentère), le gonflement des glandes sus-claviculaires et ombilicales, la tuberculose pulmonaire, la neurasthénie, l'ulcère carcinomateux.

III. — Valeur diagnostique du clapotage gastrique, par Schüle (2).

Le Dr Schüle, de Freibourg-i-B., recherche la valeur diagnostique si différemment présentée. du clapotage gastrique. Ce signe est. en effet. indifférent pour les uns, et indique pour d'autres, un relâchement de l'estomac. D'autre part on le constate aussi bien chez des personnes à bon état digestif. Mais alors il ne s'agit que d'une prédisposition relativement faible. et il faut d'assez fortes secousses de l'abdomen pour provoquer le bruit hydro-aérique, qui. par exemple, n'a lieu jamais à l'occasion de la marche ou de faibles mouvements du corps. De sorte qu'on peut définir le clapotement : « un phénomène anormal qui ne se produit pas chez l'homme complètement sain. » Il s'agit en outre d'un état d'atonie qu'on trouve dans la gastroptose, la myasthénie gastrique et les neuroses de l'estomac. On ne peut juger de l'atonie par l'intensité du clapotement puisque ce phénomène peut être déjà très prononcé dans les cas très légers de relâchement de la paroi gastrique.

IV. — Comptes rendus de la Société de médecine interne de Berlin. 1900-1901 (3).

Le *Progrès Médical* a reçu comme d'habitude les comptes-rendus officiels de la Société de médecine interne de Berlin: cette fois, c'est pour la 20e année, soit pour 1900-1901. A ce volume in-8, de 500 pages environ. est annexée une table générale des matières, portant sur les 20 années d'existence de la Société. soit de 1881-82 à 1900-01. Comme toujours. ces comptes rendus sont intéressants à relire, parce qu'on y retrouve, sans l'exactitude sténographique, quelques-unes de ces solides discussions scientifiques qui font honneur à la Société de Berlin. Rappelons que celle-ci comprend 514 membres, et qu'elle compte à sa tête, comme président d'honneur, von Leyden. et comme membres d'honneur. des noms comme : Virchow, Koch, Kussmaul, Behring, Baccelli (de Rome). Nothnagel (de Vienne), MM. Bouchard et Roux, de Paris. Nous n'avons pas à analyser ici les travaux et discussions rappelés dans cet annuaire, d'autant que nous y trouverons matière à revues détaillées, surtout au point de vue des maladies du tube digestif. Il nous suffit aujourd'hui de signaler cet Annuaire de la Société médicale et de le rappeler à toute l'attention qu'il mérite.

V. — Les maladies de la digestion, par M. le Dr E. Monin (in-12 de 382 pages, chez Octave Doin.)

La nouvelle publication due à la plume très féconde de M. Monin se range parmi beaucoup d'autres du même publiciste, par la destination et le style de l'ouvrage. Il s'agit, en effet, de « fortifier la raison et le bon sens de ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine. *médecins* ou *malades* ». Et alors on lit une série de causeries sur 24 sujets variés : catarrhes et crampes d'estomac, vomissement, dyspepsie nerveuse et acide, dilatation, gastrite ulcéreuse, cancer, hygiène des repas. affections du foie. cirrhose, constipation, appendicite, hémorrhoïdes, etc. Le style est celui de l'auteur à la plume façonnée pour un genre spécial de lecteurs. La lecture est agréable, on découvre de nombreuses pointes de scepticisme et une sorte de dilettantisme bon-enfant, qu'on retrouve dans d'autres livres de M. Monin. Nous n'entreprendrons point une critique de doctrine sur un sujet scientifique destiné aux gens du monde. Rappelons certaines expressions pittoresques et parfois risquées qui assaisonnent l'ensemble d'un peu de sel attique.

On lit par exemple : que l'indigestion est chargée par la nature de faire la morale à l'organisme, que l'estomac est l'huissier Gaster, que le thé a une action happante sur l'estomac, que l'estomac se venge sur le système nerveux, que l'enfant matelasse, chez la femme enceinte, les viscères ptosés, que le gros intestin est le vicaire du tube digestif, que la France est la nation panaire par excellence, que les apéritifs sont les pinces-monseigneur de l'estomac, et que le pylore en est le concierge, que l'arthritisme trouve dans les villes le fumier fécondant de sa prospérité, que dans la colique hépatique le chirurgien peut enlever la carrière de pierre, que l'intestin est le paradis des microbes ou microscopiques ouvriers du bien comme du mal, que les glandules de l'intestin finissent par se fâcher et s'enflammer par des taquineries continuelles, que l'huile s'introduit subrepticement jusque dans les conduits biliaires pour les écouvillonner, que des personnes s'enrhument du ventre et se rhumatisent du gros intestin, que l'appendicite mord sans aboyer, etc. En outre, de nombreuses citations latines révèlent, en l'auteur en question, un latiniste impénitent.

Au résumé « Les maladies de la Digestion » forment un livre agréable et facile à lire, plus approprié aux malades qu'aux médecins, tout en conservant sa raison d'être de vulgarisation scientifique ainsi que sa valeur propre.

(1) *Arch. f. n. Verdaungskr.* B. VII, H. 4-5.
(2) *Ibidem*, p. 369.
(3) *Sonderabdruck der « Deutsch. Med. Woch ».*

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur les cornes palpébrales. (*Pathogénie et anatomie pathologique*), par le Dr Pierre Zarzycki. (Boyer, édit., 1901.)

M. Zarzycki dans ce mémoire, a étudié avec soin les tumeurs dermo-épidermiques saillantes qui se forment parfois sur les paupières et qu'il appelle cornes palpébrales. Ces cornes, qu'Hébra et Kaposi regardaient comme provenant du réseau muqueux, que d'autres ont considérées comme des épithéliomas bénins, sont des néoformations à la fois conjonctives, épithéliales et vasculaires, c'est-à-dire des papillomes. Elles surviennent de préférence chez les vieillards, rarement au-dessous de 40 ans. Le diagnostic au début est assez difficile à établir avec l'épithélioma, car l'histologie seule peut permettre de faire la distinction exacte. Le pronostic de ces cornes est généralement bénin, bien que la dégénération épithéliomateuse puisse se produire ici comme pour toutes les autres tumeurs. L'extirpation, et à son défaut l'application de collodion salicylé, sont les seuls moyens thérapeutiques à conseiller.

Le travail très sérieux de M. Zarzycki s'appuie sur 19 observations parmi lesquelles plusieurs sont personnelles ou inédites. Les examens histologiques pratiqués et la figure reproduisant une coupe d'une de ces tumeurs démontrent bien l'origine papillomateuse des cornes palpébrales. J. N.

De l'emplâtre et du baume Opodeldoch, par le Dr Paul Fabre, de Commentry (1 brochure 32 pages, 1901, chez C. Steinheil, à Paris).

Notre confrère, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin en chef de l'hôpital de Commentry, auteur de nombreuses publications, a voulu débrouiller dans ces quelques pages, l'origine et l'histoire de l'emplâtre opodeldoch et du baume du même nom. Et d'abord d'où vient le mot « *opodeldoch* » ? Il est formé d'un préfixe grec *opose* qui veut dire *suc*, et d'un second mot d'origine inconnue : *deldoch* (fortifiant), *deltoch*, *deltok*, *deltoc*, ou *deltock* ou même *teltoch*.

L'emplâtre d'Opodeldoch est cité en divers endroits des œuvres de Paracelse, lequel l'employait dans le chancre, les éruptions phtiriasiques, les ulcères, etc., mais sous des formules variées, qui indiquent bien que l'opodeldoch de Paracelse n'était qu'un topique variable, appliqué sous forme d'emplâtre. Quant au baume opodeldoch, il figure dans le Codex Parisien de 1748, avec 19 ingrédients qui sont : 1° *racines* de guimauve, consoude, gentiane, aristoloche longue, angélique ; 2° *feuilles fraîches* de sanide, alchimille, piloselle, ophyoglosse, pervenche ; 3° *sommités fleuries* de romarin, sauge et lavande : 4° *baies* de genièvre : 5° *semences* de cumin : castoreum pulvérisé, camphre, esprit de vin, savon d'Espagne. Mais la composition changea souvent (formules de James, de Cadet de Gassicourt, de Philippe-Charles Hartmann, de Virey, du Dr Sanchez.) La formule plus simple, légèrement modifiée depuis, serait due, d'après Nachet, aux armées françaises qui la rapportèrent de Prusse (1).

En résumé, M. Paul Fabre a fait œuvre intéressante, en ouvrant un certain jour sur un médicament dont la forme est originale, et qui a réussi, grâce à des propriétés réelles, à survivre à l'ancienne pharmacopée.

P. Cornet.

Consultations médicales (*Clinique et Thérapeutique*) de M. Huchard. 2e édition. (J.-B. Baillière et fils, 1901.)

Il y a à peine quelques semaines, un de nos collaborateurs, G. Paul-Boncour, faisait l'analyse et l'éloge des *Consultations* de M. Huchard, et déjà voilà une seconde édition. Le succès de l'ouvrage nous dispense d'insister encore sur sa valeur. Notons toutefois que la seconde édition, bien qu'ayant suivi de très près la première, a été non seulement augmentée, mais beaucoup modifiée dans un grand nombre des cinquante-trois consultations cliniques et thérapeutiques dont se compose le volume.

Manuel de Thérapeutique médicale publié sous la direction de Debove et Achard (Rueff, édit. 1900).

Ces deux beaux volumes, de 600 pages chacun, et très soigneusement édités, réunissent dans un article pour chaque maladie toutes les connaissances thérapeutiques. Chaque chapitre est l'œuvre d'un médecin compétent qui y expose les indications et les applications thérapeutiques. Bien que rempli de nombreuses formules, accompagnées de réflexions critiques des plus utiles pour le praticien, le *Manuel de Thérapeutique Médicale* ne se borne pas à un exposé de pharmacologie appliquée. Tout ce qui peut servir à la cure d'une maladie: électricité, hydrothérapie, climatologie, massage, régime, etc., y est exposé.

Le premier volume comprend les maladies des voies respiratoires et de l'appareil circulatoire. Les affections des fosses nasales et du larynx sont traitées par MM. Boulay et Romme : celles de la trachée et des bronches par MM. Hudelo Springer, Enriquez ; celles des poumons, par MM. Enriquez F. Besançon, Thiercelin, Hudelo, P. Lereboullet, Boulloche, de Grandmaison et Brulh : les affections des plèvres sont de M. E. Sergent, celles du médiastin de M. Hulot. MM. Boix, de Massary et Bensaude ont écrit les chapitres relatifs à l'appareil circulatoire.

Le deuxième volume comprend la Neurologie par MM. Romme, P. Londe, Roubinowitch, Sainton, Plicque, Brulh, Phulpin, Springer, Dufour, J. Renault, Enriquez et Hulot. Les affections des voies digestives sont traitées par MM. Phulpin, Romme, P. Lereboullet, Hulot et Springer (maladies de la bouche et du pharynx), par M. Soupault (œsophage et estomac), par Thiercelin, Maurange et V. Delamare (intestin et péritoine), de Grandmaison (pancréas et rate), L. Lévi et L. Fournier (foie).

Les noms des auteurs sont à eux seuls une garantie pour le soin qui a présidé à la rédaction de chaque article. Le praticien, en le lisant, sans être privé des ressources de la vieille thérapeutique, pourra s'initier aux méthodes les plus nouvelles et y trouvera tous les renseignements nécessaires pour en faire l'application. Aussi sommes-nous persuadés du succès de ce *Manuel* dont nous rendrons compte avant peu, sans doute, de la seconde édition.

J. N.

(1) *Dict. des sciences médicales*, Paris, 1819.

Vade-mecum d'obstétrique et gynécologie des médecins-praticiens, par M. Henri Fischer. (Paris, chez Boyer, 1902, un vol. in-8°, de 322 p.).

Le Dr Fischer qui avait déjà, en 1901, publié un Vade-mecum de thérapeutique chirurgicale à l'usage des médecins-praticiens, vient de nous donner un ouvrage semblable pour la gynécologie et l'obstétrique. Dans sa préface, l'auteur s'élève très justement contre la dualité, régnante actuellement en France, entre les accoucheurs et les gynécologistes ; aussi, guidé par ses connaissances cliniques, a-t-il tenu à réunir en un même ouvrage, les notions les plus essentielles concernant l'accouchement et les maladies des femmes, maladies qui, bien souvent, n'en sont que la conséquence. L'ouvrage comprend naturellement 2 parties : l'une consacrée à l'Obstétrique, et l'autre à la Gynécologie. La 1re partie commence par l'étude des instruments nécessaires, du matériel obstétrical, puis vient l'étude du manuel opératoire de chaque cas en particulier : accouchement prématuré artificiel, version, forceps, délivrance, conduite à tenir en présence des principaux accidents relevant de la dystocie tant fœtale que maternelle. Dans la partie gynécologique, le Dr Fischer expose très soigneusement tout le manuel de l'examen gynécologique, ainsi que celui des opérations : puis, à propos de chaque affection en particulier, il décrit un mode de traitement, celui qu'une longue pratique lui a montré comme le meilleur.

Enfin, les deux parties, obstétricale et gynécologique, se terminent par un court formulaire, où l'on trouvera aisément les formules les plus usuelles. Nous n'avons pu citer, dans cette courte analyse, que les titres de chapitres : ils suffiront au moins pour prouver que cet excellent petit livre justifie son titre de « Vade-mecum des médecins-praticiens ».

C. Jeannin.

PHARMACOLOGIE

La médication cacodylique.

M. le Dr P. Gallois, en la séance d'octobre 1901 de la Société de Thérapeutique de Paris, s'est occupé, en praticien ordinaire, des nombreux usages de la médication cacodylique. Il est d'habitude de prescrire les préparations cacodyliques en injections sous-cutanées, et certains cliniciens ont semblé dire que la voie hypodermique était la seule qui convînt et qui fût exempte de danger. Or il n'y a pas à se le dissimuler, dans la clientèle de la ville et de la campagne, ce mode d'administration est difficile à faire accepter et à appliquer. M. Gallois a surtout eu recours à la voie buccale pour faire prendre le médicament. Une bonne formule d'administration est celle de Danlos :

Cacodylate de soude	2 grammes.	
Rhum	} àà 20	—
Sirop simple		
Eau distillée	60	—
Essence de menthe	q. s.	

Une cuillerée à chaque repas.

Un mode très pratique d'administrer les cacodylates est la forme des Perléines imaginée par Vigier. Ainsi, les perléines de gayacacodyl offrent de grands avantages dans le traitement de la tuberculose.

M. Gallois règle l'administration des cacodylates comme suit : Dix jours de traitement, puis dix jours d'interruption.

Or, par la voie buccale, M. Gallois n'a eu, dans ses observations, à relever aucun accident. Jamais il n'y a eu d'intolérance ou de phénomènes d'intoxication. Il n'a pas observé de diarrhée, et tout au plus un ou deux malades ont-ils été légèrement incommodés par l'odeur alliacée de l'haleine. La plupart des malades ressentent rapidement l'action de la médication sur l'appétit et la vigueur générale.

Dans son étude, M. Gallois met au premier plan l'usage des cacodylates dans la tuberculose. Certes il ne fait pas de ce médicament une panacée, mais il en fait le médicament de choix. Sur neuf malades, il a obtenu des résultats très appréciables, et il n'hésite pas à conclure que les cacodylates empêchent les tuberculeux de mourir, surtout lorsque leurs lésions ont atteint le stade tertiaire. Dans cet ordre d'idée, le cacodylate de gaïacol (gayacacodyl) qui est un produit défini sous forme de sel, soluble dans l'eau, l'alcool, la glycérine, ayant des réactions caractéristiques, offre le double avantage des composés arsenicaux et des sels de créosote.

Puisque la médication cacodylique montre la même efficacité par la voie buccale que par la voie hypodermique, l'usage de cette médication peut prendre une nouvelle extension. Les perléines de gayacacodyl dont nous parlions plus haut contiennent 25 milligr. de sel et peuvent s'administrer dans toutes les maladies justiciables de l'arsenic, du gaïacol et de la créosote.

En suivant les règles tracées par le Dr Gallois : dix jours de médication et dix jours de repos, on arrivera comme lui à reconnaître que pour le praticien l'emploi de la voie buccale pour l'administration des cacodylates est exempt des dangers que l'on semblait redouter au début et facilite beaucoup l'usage de ces précieux sels arsenicaux. Dr B. R.

VARIA

Un incident à Cochin. Nécessité des services de prompts secours.

Les journaux politiques ont annoncé un fait regrettable qui s'est produit à l'hôpital Cochin et qui montre encore une fois de quelle nécessité serait l'organisation de services de prompts secours dans les principaux hôpitaux parisiens. Nous relatons les faits avec la satisfaction de constater que cet incident déplorable provient d'un défaut d'organisation contre lequel le *Progrès médical* s'est fréquemment élevé, et qu'aucune personne du service médical ou hospitalier de l'hôpital Cochin ne saurait en être rendue responsable.

Un de nos confrères, le Dr X. Vergheade, appelé auprès d'un malade atteint d'œdème de la glotte et en imminence d'asphyxie, vu l'extrême urgence d'une intervention, le conduisit lui-même à Cochin durant la nuit. Malgré le zèle de l'interne de garde et du personnel hospitalier, on ne put réunir assez promptement les intruments et objets indispensable à la trachéotomie, et le malade mourut asphyxié.

Chaque chirurgien, en effet, tient à conserver pour son propre usage son arsenal chirurgical ; le souci de sa responsabilité et les règles de l'asepsie lui en font un devoir. Mais l'on ne saurait nier qu'il est vraiment étrange que dans la salle d'opération d'un grand hôpital parisien, un malade soit mort parce qu'on n'a pu trouver à temps un bistouri et une canule à trachéotomie.

Quand donc organisera-t-on à Paris des établissements de prompts secours ? Et, ironie des faits, tout récemment, un certain nombre de journaux parisiens critiquaient vivement, dans des articles émanant de médecins, la lenteur des secours donnés dans une ville d'Amérique au Président Mac-Kinley. J. N.

Le banquet de M. le Pr Lannelongue.

Lundi soir, 23 décembre, a eu lieu au Palais d'Orsay, le banquet offert à M. le professeur Lannelongue par ses confrères, ses élèves, ses admirateurs et ses amis. Mme Lannelongue et plusieurs autres dames y assistaient. M. Fallières, président du Sénat présidait la fête, à laquelle M. le Président de la République s'était fait représenter par M. Combarieu. Parmi les nombreux convives affluaient les membres de l'Institut, les professeurs à l'Ecole de Médecine, les membres de l'Académie, et enfin les amis et les élèves du chirurgien.

M. Fallières, président du Sénat, a, dans un beau discours, vanté les brillantes qualités personnelles de M. Lannelongue. Après lui, M. Debove, doyen de la Faculté de Médecine, M. Léon Labbé, M. Marey, puis plusieurs élèves du professeur, M. Walther, M. Achard, etc., ont rappelé ses travaux scientifiques et l'ont à tour de rôle remercié de l'appui constant qu'il n'a jamais marchandé à ses élèves, qu'il a toujours considérés comme des amis. M. Lannelongue a répondu avec sa bonhomie habituelle, a remercié M. le Président de la République qui s'était fait représenter au banquet, et tous ceux qui avaient tenu à y prendre part. Une belle médaille de M. Chaplain, a été remise, pour perpétuer le souvenir de cette fête, au Pr Lannelongue.

Une société pour l'insomnie.

Nous lisons dans le *Petit Parisien* : Il vient de se former à Chicago une association qui se propose de faire la guerre au sommeil. Ses membres s'engagent à ne jamais dormir plus de quatre heures et à astreindre leurs enfants au même régime. Au cours d'une interview, le président de cette société a déclaré : « Depuis que j'ai limité mon sommeil à quatre heures, je me sens plus actif, plus vigoureux et ma santé est meilleure. Des millions d'hommes consument leur vie à trop dormir. C'est là un signe de débilité, et la population de Chicago ne saurait se montrer faible. La société compte déjà de nombreux membres et se propose d'établir des branches affiliées un peu partout. »

Et dire qu'il y a tant de gens qui ne peuvent pas et désireraient tant dormir. Tous les goûts sont dans la nature !

A propos d'honoraires.

Le *Temps* donne le compte rendu d'un procès d'honoraires intéressant Le Dr X... demandait au Musée social, légataire universel du comte de Chambrun, son fondateur, 40,000 fr. d'honoraires pour soins donnés pendant plusieurs années à celui-ci, à sa famille et à ses domestiques. Le Musée social contestait le bien-fondé d'une partie de la réclamation. Il soutenait que, pour certaines années, antérieures à 1897, il y avait eu libération. En ce qui concerne les années 1897 et 1898, il faisait observer qu'il avait vainement sommé le demandeur de produire son compte, à l'aide de son carnet de visite, dont l'existence était certaine. Il concluait donc au rejet de la demande par l'impossibilité où il avait été de faire des offres — se déclarant, d'ailleurs, prêt à payer ultérieurement ce qui pourrait être dû après justifications. La troisième chambre du tribunal, présidée par M. Lefebvre-Duvaux, a donné gain de cause au Musée social.

Mode d'approvisionnement de cadavres pour les études anatomiques.

Des documents publiés par le *Journal de médecine*, écrit Urbain Gohier dans l'*Aurore* du 10 novembre, révèlent le trafic suivant : Un agent de la Congrégation, employé dans une maison départementale d'aliénés, avertit son supérieur jésuite qu'il y a un cadavre à prendre : « Un pensionnaire vient de mourir : ses parents habitent tel village : prière d'écrire promptement au curé pour négocier l'achat. » Aussitôt le médecin de la Congrégation envoie sa carte au curé, avec ces mots :

X...

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION

DES ANCIENS ÉLÈVES DES FACULTÉS CATHOLIQUES

envoie au cher abbé Z... les documents nécessaires *pour la petite besogne ordinaire*. Mille remerciements à l'avance.

A la carte est jointe une lettre imprimée, avec des blancs à remplir, ainsi conçue :

Monsieur le curé,

Nous venons solliciter de votre obligeance un important service en faveur de nos facultés catholiques. Un de vos paroissiens, ... est décédé à ...

Si sa dépouille mortelle n'est pas réclamée par sa famille, elle sera envoyée à l'amphithéâtre de la Faculté de l'État, sans prêtre, ni cérémonie religieuse. Au contraire, si la famille consent au transfert du corps à notre Faculté catholique de Médecine, six messes seront dites pour l'âme du pauvre défunt, sans aucune dépense à la charge de la famille, et si elle le désire, nous mettons à sa disposition *une somme de quinze francs pour faire dire un o... dans une paroisse.*

Après avoir servi aux études médicales, les restes seront conduits au cimetière de la ville. J'ai l'honneur de vous prier, Monsieur le curé, de vouloir bien faire une démarche près des parents du défunt...

(Ici se placent des détails sur les formalités à remplir, une feuille de timbre de 0,60 est d'ailleurs jointe à cet effet.)

.. Le même service nous a été rendu, en des circonstances semblables, par bon nombre de vos confrères du diocèse. Veuillez agréer, Monsieur le curé, l'assurance de mes sentiments respectueux. — *Le secretaire.*

Ainsi, le prix du cadavre est six messes gratuites, plus 15 francs... pour en faire dire une autre. C'est le curé, commissionnaire en macchabées, qui gagne les 15 francs. La famille n'a que la satisfaction de savoir son mort livré aux scalpels bien pensants. Le secrétaire de la Faculté catholique ajoute cette recommandation, bien digne de la prudence cléricale :

Dans le cas où vous signeriez comme témoin (pour la vente du sujet), il serait préférable de ne pas mentionner votre titre de curé sur la feuille timbrée.

Il serait curieux de savoir à quel taux et sous quelle rubrique figure ce commerce dans le tableau des patentes. La commission du budget ne manquera pas de s'en informer.

La fondation Monrival

Mme Monrival, dont les collections de bijoux et de pierres précieuses passent en ce moment aux enchères, a laissé un testament aux termes duquel un grand nombre d'œuvres charitables bénéficient de ses libéralités s'élevant, tant en immeubles qu'en rentes, à plusieurs millions. Par une clause spéciale, elle fait une admirable fondation dans les termes suivants :

Je donne et lègue à la grande chancellerie de la Légion d'honneur en toute propriété et jouissance, dans les conditions ci-après, ma maison de Bougival (Seine-et-Oise), nommée le « Pavillon de Blois », avec toutes ses dépendances, jardin, potager avec maison de jardinier sis rue Bestia, ainsi que les écuries et remises sises rue Monrival. J'ajoute à ces propriétés celle de l'île de Bouvigal dont la location est actuellement de 3,150 francs. Je lègue aussi à la grande chancellerie de la Légion d'honneur une somme de 250.000 francs une fois payée. Le tout, à la condition expresse par la grande chancellerie de faire dans ma maison, à ses frais, les aménagements, installations et constructions nécessaires pour y fonder à perpétuité une maison de retraite pour les veuves de lieutenant-colonel, colonel, capitaine de frégate et capitaine de vaisseau ou assimilé militaire, autant que possible par nombre égal. J'exprime le désir que le directeur de cette maison soit un sous-intendant militaire ou un commissaire de la marine à la retraite, sans fortune.

Enfin, je donne et lègue à la grande chancellerie de la Légion d'honneur, pour servir à l'entretien de cette maison de retraite, la toute propriété et jouissance de 20,000 francs de rente française 3 %.

Cette rente sera inscrite au nom de la grande chancellerie avec mention de ces conditions.

Mme Monrival distribue en outre une douzaine de mille francs de rente à divers hospices, œuvres ou sociétés, tels que l'hospice de Villepinte, les crèches et la Société philanthropique.

Enfin, une dernière clause de son testament concerne le Louvre. (*Le Temps*, du 19 décembre 1901.)

Association générale des médecins de France

Séance du 27 novembre 1901 du Conseil général.
Présidence de M. Cornil, Vice-Président.

M. Lereboullet, secrétaire général, annonce que, conformément au vote émis dans la dernière séance, il a écrit à M. le Président Lannelongue pour l'informer qu'il a été nommé Président honoraire. Il donne lecture de la lettre qu'il a écrite.

Il rend compte ensuite des démarches faites près de M. le Professeur Brouardel et donne lecture d'une circulaire qui sera adressée à toutes les Sociétés unies pour les inviter à élire un nouveau Président.

M. Brouardel remercie le Conseil général de ses démarches, mais il demande de différer sa réponse définitive jusqu'à ce qu'il ait pu conférer avec M. Lannelongue. (1)

M. le Secrétaire-Général annonce le décès de M. Villard, Président de la Société des Bouches-du-Rhône et exprime les regrets du Conseil. En réponse à une lettre de M. Maurat, président de l'Association amicale pour l'indemnité-maladie, au sujet de l'application du don de 3.000 francs fait par M. Lannelongue, il est décidé qu'on demandera encore l'avis du donateur avant de statuer. La Société d'Alger, qui s'était séparée de l'Association générale, demande à lui être annexée de nouveau. (*Avis favorable.*) A une lettre de M. le Président de la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, demandant dans quelles conditions les membres de l'Amicale devaient être admis comme membres de l'Association, M. le Secrétaire Général a répondu que tous les membres *anciens* seraient exemptés du droit d'entrée et seraient admis sur la demande des membres du bureau de l'Amicale, mais que les membres *nouveaux* seraient tenus à se faire recevoir, au préalable, membres de l'Association générale en se conformant aux exigences des statuts de celle-ci. (*Approuvé.*) A une lettre de M. le Président de la Société d'Alais demandant dans quelles conditions une fusion pourrait être établie entre les membres du Syndicat de Nîmes et les membres de la Société d'Alais, il a été répondu que les membres du Syndicat de Nîmes devaient adhérer aux statuts de l'Association, soit en s'inscrivant comme membres de la Société d'Alais, soit en fondant une Société nouvelle à Nîmes. (*Approuvé.*) Une Société locale étant en voie de formation à Tunis, les statuts de l'Association lui ont été envoyés.

Le Dr Muleur (de Cannes) remercie le Conseil de l'appui qui lui a été prêté et de la consultation juridique qui lui a été transmise par Me Deligand.

M. Lereboullet soumet au Conseil le texte d'une circulaire qui serait adressée à tous les membres de l'Association, pour les mettre au courant de la situation morale et matérielle résultant des derniers votes de l'Assemblée. Cette circulaire est approuvée par le Conseil. Elle sera adressée aux Secrétaires des Sociétés unies, avec prière d'en adresser un exemplaire à chaque Sociétaire.

M. le baron Cerise lit un rapport établissant quelle est à ce jour la situation matérielle de l'Association.

Des subventions s'élevant à la somme totale de 2.350 francs sont votées à diverses Sociétés locales.

M. le Trésorier général Blache annonce que le notaire de l'Association a touché une somme de 115.000 francs sur le legs Marjolin (vente de la ferme de Montsoutin).

M. Motet demande que le capital affecté à la Caisse des fonds généraux soit augmenté notablement en vue de faire face aux nouveaux besoins créés par l'annexion des Caisses de prévoyance.

M. Blache fait observer que le capital de la Caisse des pensions est intangible.

M. Lereboullet explique le fonctionnement des diverses Caisses de l'Association et propose qu'un règlement intérieur, qui sera communiqué à tous les membres de l'Association, détermine dans quelles conditions et dans quelles proportions la Caisse des fonds généraux pourra accorder des subventions aux Caisses annexes. Cette proposition est adoptée.

Une subvention de 6.000 francs prise sur les fonds disponibles de la Caisse des fonds généraux est votée à la Caisse des veuves et orphelins.

Le Conseil décide que la prochaine réunion aura lieu le jeudi 19 décembre et que, durant l'année 1902, les séances du Conseil général auront lieu régulièrement le troisième jeudi de chaque mois.

Le Secrétaire des séances : Dr Emile Philbert.

Société centrale. — Pendant les vacances, la Société Centrale de l'Association Générale des médecins de France a alloué aux veuves et orphelins des anciens membres de la Société une somme totale de 2.400 francs. — De plus, au mois d'octobre, il a été donné 550 francs de nouveaux secours.

(1) L'acceptation définitive de M. Brouardel a été envoyée à M. Lereboullet, Secrétaire-Général.

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie. (*Sixième session, Grenoble, 1902.*)

Le Congrès de Liège a désigné *Grenoble* comme siège du futur Congrès *international* d'*Hydrologie*, de *Climatologie* et de *Géologie*. Par sa situation exceptionnelle au milieu des Alpes, par le voisinage de nombreuses stations thermales : Aix-les-Bains, Uriage, Allevard, La Motte, Marlioz, Challes, Salins, Brides, etc., etc., le Congrès de Grenoble offrira aux Congressistes toutes les ressources d'études qu'ils sont en droit d'en attendre, en même temps qu'ils trouveront tous les agréments d'une région connue pour la beauté et le pittoresque de ses paysages. Le Congrès aura lieu dans les premiers jours d'*octobre* 1902. On a tout lieu d'espérer que les Compagnies de chemin de fer consentiront à établir des billets à tarifs réduits dont les Sociétaires bénéficieront.

Le Comité central, siégeant à Paris, est composé de : MM. les Drs Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France. *Président* ; Leudet, ancien président de la Société d'Hydrologie de Paris, médecin consultant aux Eaux-Bonnes ; Fredet, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, ancien secrétaire-général du Congrès de Clermont-Ferrand ; Durand-Fardel, secrétaire-général de la Société d'Hydrologie de Paris, médecin consultant à Vichy ; Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, médecin consultant à Néris ; De Ranse, ancien président du Congrès de Clermont-Ferrand, médecin consultant à Néris ; Sénac-Lagrange, président de la Société d'Hydrologie de Paris.

Le Comité local, siégeant à Grenoble, est composé de : MM. le Dr Berlioz, professeur à l'École de médecine de Grenoble, *Secrétaire-général* ; Kilian, professeur de Géologie à la Faculté des Sciences de Grenoble ; Primat, ingénieur des Mines, à Greneble ; Picaud, professeur suppléant à l'École de médecine de Grenoble.

Toutes les communications, demandes d'adhésion, de renseignements, etc., doivent être adressées à M. le Dr Fernand Berlioz, *Secrétaire général*, à l'École de Médecine de Grenoble (Isère, France.) Le prix de la cotisation est de 20 francs ; les membres souscripteurs recevront gratuitement les rapports et comptes rendus du Congrès. Les Membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en faire connaître le titre au Secrétaire-général, avant le 1er juin 1902.

Programme. — *A. Hydrologie scientifique.* — 1. De l'action des eaux minérales sur les tissus. *Rapporteur* : M. le professeur J. Renaut, de Lyon. — 2. Des procédés pratiques d'analyse microbiologique applicables aux eaux minérales : des conséquences à en tirer au point de vue de l'exploitation. *Rapporteur* : M. Bordas. — 3. De l'importance de l'analyse chimique des eaux minérales complète, au point de vue des matières minérales et organiques pour éclairer la médecine thermale. *Rapporteur* : Dr Garrigou. — 4. Quelles doivent être les mesures légales à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales et minérales. *Rapporteurs* : MM. Bouloumié et Desbleumortiers.

B. Hydrologie clinique. — 5. Du traitement hydro-minéral de la phtisie pulmonaire. *Rapporteurs* : MM. Leudet et Schleummer. — 6. Du traitement hydro-minéral comparatif des maladies de la peau. *Rapporteurs* : MM. Veyrières et Lerredde. 7. Du traitement hydro-minéral des maladies de l'estomac. — *Rapporteurs* : MM. Albert Robin et Félix Bernard. — 8. De l'action préventive des cures hydro-minérales chez l'enfant dans les états constitutionnels. *Rapporteurs* : MM. Carron de la Carrière, Ray et Durand-Fardel.

C. Climatologie. — 9. Variation des échanges respiratoires sous l'influence de l'altitude, de la chaleur et du froid. *Rapporteurs* : MM. Albert Robin et Maurice Binet. — 10. Conditions météréologiques nécessaires à l'installation d'un sanatorium. *Rapporteurs* : MM. Berlioz et L. Leriche. — 11. Des sanatoriums ouverts ou fermés. *Rapporteurs* : MM. Cazaux et Sersiron.

D. Géologie. — 12. Les eaux minérales bien captées subissent-elles des variations suivant les saisons, et quelles variations ? *Rapporteur* : M. Labat. — 13. Relations des principales sources thermales du Dauphiné avec la nature géologique du sol : leur origine. *Rapporteur* : M. Kilian. — 14. Statistique des sources minérales de la Savoie et du Dauphiné. *Rapporteur* : M. Primat. — 15. Conditions géologiques et origine des eaux minérales d'Oriol et de La Motte (Isère). *Rapporteur* : M. Lory.

Excursions. — Des excursions seront organisées pour visiter les stations thermales de la région ; le programme en sera dressé ultérieurement.

FORMULES

XXVII. — Contre la pleurésie séro-fibrineuse des enfants.

Révulsifs. Diète lactée. Diurétiques.

Acétate de potasse	1 gr.
Sirop de cerises	30 gr.
Infusion d'hysope	100 gr.

1 cuill. à s. toutes les 2 heures.
ou :

Teinture de digitale	X gouttes
Oxymel scillitique	ãã 15 gr.
Sirop des cinq racines	
Eau de fleurs d'oranger	10 gr.
Eau distillée	100 gr.

par cuill. à s. toutes les 2 heures.
ou :

Nitrate de potasse	0 gr. 50
Oxymel scillitique	ãã 20 gr.
Sirop d'asperge	
Décoction de chiendent	100 gr.

à prendre dans la journée pour un enfant de cinq à dix ans. ou encore :

Caféine	0 gr. 50
Benzoate de soude	1 gr.
Extrait de réglisse	2 gr.
Sirop de stigmates de maïs	30 gr.
Eau distillée	100 gr.

par cuill. à s. de deux en deux heures.

Tisanes d'orge, de chiendent, de queues de cerises, additionnées de 1 à 2 gr. de nitre.

Sudations du thorax provoquées par un enveloppement ouaté avec taffetas gommé. (Ollivier).

Si la maladie est d'origine rhumatismale :

Salicylate de soude	2 gr.
Sirop de framboises	30 gr.
Eau distillée	70 gr.

par cuill. à soupe de 2 en 2 heures pour un enfant de six ans.

Suppositoires à la quinine en cas de fièvre. Injection hypodermique de liquide pleural. (Gilbert, de Genève.)

Si nécessité, thoracentèse évacuatrice lentement pratiquée.

Après la guérison, alimentation réconfortante, cure d'air, changement de climat.

(D'après Comby) (1).

Un dangereux monomane. — La police a réussi enfin a mettre la main a Kiel sur le mystérieux individu qui, par ses attentats sanglants contre les femmes et les jeunes filles, terrorisait la ville depuis plusieurs semaines. Ce redoutable maniaque n'est autre qu'un étudiant en médecine de nationalité autrichienne, chassé de l'Université pour vol. Il se servait pour frapper ses victimes d'un instrument a quadruple tranchant qui serait une sorte d'instrument chirurgical. L'étudiant arrêté nie énergiquement etre l'auteur des attentats dont on l'accuse. La police procédera aujourd'hui aux confrontations. (*Le Temps* du 19 décembre 1901).

(1) In *Formul. de poche pour les Maladies des Enfants*. (J. Rueff, edit. 1901.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotée.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korab, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korab* à la dose de 2, 3 ou 4 par jour sont acceptées sans dégoût et sans répugnance par les malades : la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalations créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot, l'*hélénine créosotée de Korab* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

La TABLE DES MATIÈRES *paraîtra avec le prochain numéro.*

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS.— Du dimanche 8 décembre au samedi 14 décembre 1901, les naissances ont été au nombre de 1,064 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 388, illégitimes 152. Total 540. — *Sexe féminin* : légitimes, 394, illégitimes, 130. Total, 524.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.424.705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 8 déc. au samedi 14 décem. 1901, les décès ont été au nombre de 954, savoir : 475 hommes et 479 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 3, F. 4, T. 7. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 1, F. 0, T. 1. — Variole : M. 4, F. 4, T. 8. — Rougeole : M. 2, F. 1, T. 3. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie et Croup : M. 16, F. 11, T. 27. — Grippe : M. 0, F. 3, T. 3.— Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 0, F. 4, T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 107, F. 80, T. 187. — Tuberculose des méninges : M. 12, F. 13, T. 25. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 6, T. 15. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 17, F. 41, T. 58.— Méningite simple : M. 8, F. 9, T. 17. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 27, F. 42, T. 69. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 29, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 9, T. 18. — Bronchite chronique : M. 13, F. 8, T. 21. — Pneumonie : M. 17, F. 18, T. 35. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 64, F. 45, T. 109. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : M. 3, F. 2, T. 5 ; autre alimentation : M. 8, F. 17, T. 25. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Hernies, obstruction intestinale : M. 2, F. 2, T. 4. — Cirrhose du foie : M. 4, F. 5, T. 9. — Néphrite et mal de Bright : M. 7, F. 11, T. 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 5, T. 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14, F. 17, T. 31.—Débilité sénile : M. 14, F. 26, T. 40. — Morts violentes : M. 12, F. 8, T. 20. — Suicides : M. 4, F. 3, T. 7. — Autres maladies : M. 63, F. 43, T. 106.— Maladies inconnues ou mal définies : M. 8, F. 6, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 18, illégitimes, 14. Total : 32. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. —Total : 38.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU Ve ARRONDISSEMENT. — La Société médicale du Ve Arrondissement, qui vient d'être réorganisée, a, dans sa séance du jeudi 19 décembre, à 8 heures et demie du soir, à la Mairie du Panthéon, adopté un projet de statuts. L'élection d'un bureau définitif pour l'année 1902 a donné les résultats suivants : M. PETIT-VENDOL, *président* ; M. O. VRAIN, *vice-président* ; M. DAUTEL, *secrétaire général* ; M. TROUILLET, *trésorier.*

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN.— Nous sommes heureux d'annoncer qu'après un brillant concours, notre ami et distingué collaborateur, LONGUET, a été nommé professeur suppléant de pathologie externe à l'Ecole de Médecine de Rouen.

TRAFIC D'INFLUENCE.—La 10e chambre correctionnelle a rendu aujourd'hui son jugement dans l'affaire du docteur Damain et de sa complice Mme Boussault, poursuivis, on s'en souvient, pour avoir commis le délit de « trafic d'influence » au préjudice d'un sieur Deculan, qui avait donné 4.000 fr. pour être nommé percepteur. Le docteur Damain et Mme Boussault ont été condamnés chacun à un an de prison et 8,000 francs d'amende, tous deux solidairement à la restitution des 4,000 francs extorqués, lesquels conformément à la loi, ayant été le prix du trafic, seront versés aux hospices. (*Débats*, 23 déc. 1901.)

ORDRE DE LECTURE DES COPIES DU CONCOURS DE L'INTERNAT. —*Anatomie.* — 1. MM. Guérault, Hudelot, Bourretère, Cailleux, Rœderer, Auburtin, Piérart, Lebret, Thuilleux, Lebras, Baillon, Durey, Chiray, Bonhomme, Chapotin, Jouve, Clermonthe, Croste, Chapoy, Pater, Christesco, Amblard, Cléret, La Play, Lévy (Fernand), Chaix, Brissy, Rodocanachi, Leroux, Villandre, Ollier, Tassin, Boudréaux, Omiécinski, Barbier (Pierre), Feuillé, Trèves, Capette, Dreyfus, Herbinet, Ricou, Cantonnet, Cerise, Claret, Mignon, Blatin, Marsan, Papin, Claude, Lemaitre (Jules), Alquier, Mathieu (Paul-Georges), Barré, Blairon, Lafosse, Rendu, Ramond, Brunschwig, Rembert, Deniker, Broc, Dinet, Dennecé, Jamet, Barbé, Bour, Rousseau, Magitot, Dupuy (Pierre), Reulos (Aug.), Violle, Klein (Robert), Chabuet, Nicolas (Ch.), Delille, Baudoin (Emile), Gaudemet, Ferry, Rilot, Leremboure, Jacquemin, Gros, Dévaud, Nivet, Genévrier, Deshayes, Labouré, Cattier, Roblès, Boisseau, Royer, Stettiner, Lemaire (Louis), Lagleize, Guerder, André, Thaon, Calvé, Guérin-Beaupré, Brenot, Vaïas.

101. Barthélemy, Darré, Nathan, Pepin, Gomand, Delbos, Dubois (Gaston), Dubois (Paul), Friedel, Dieu, Ledoux, Gabail, Kiener, Louit, Descomps, Onfray, Martin (André), Bouchot, Algret, Israëls de Jong, Flourens, Madelaine, Tanon, de Lacombe, Préciado, Perpère, Coutelas, Lestelle, Sauvé, Guérin (Alph.), Fruictier, Rivet, Billon, Gaillard, Fabre (Paul-Jules), Lesage, Renaudin, Galezowski, Claeys, Picot, David (Ch.), Denéchau, Cazeaux, Sigre, Burcker, Huchet, Beauchef, Darcanne, Gargaud, Monod (Oct.), Binet, Roche, Wagner, Chirié, Troller, Gourmand, Mariette, Boulouneix, Lamarre, Clément, Baudouin (Alph.), Labarrière, Tixier (L.-E.-J.), Français (Ray.), Viteman, Blanluet, Durozoy, Séris, Jousset, Mathieu (P.-A.), Moreau (Pierre), Barnsby, Heller, Kauffmann, Laurent, Braun, Goulard, Cotonnec, Guilly, Blondin, Hernandez, Evrard (Georges), Gachet, Matry, Cointepas, Foisy, Chaignot, Leduc, Demanche, Feillard, Fayolle, Desmoulins, Fabre (J.-M.-J.), Bornait-Legueule, Lavenant, Siegel, Zentler, Gimbert, Laborde, Hautant.

201. Lemaire (Henri), Bing, Célerier, Duval, Germain, Pathault, Dezarnaulds, Philibert (André).

Pathologie. — 209. MM. Rigollot-Simonnot, Dramard, Rottenstein, de Martel, Pelletier, Garban, Gaultry, Durand (Léon), Elloy (André), Dieuzeide (R.), Savornin, Sagot, Jacobsohn, Guyot (Louis), da Silva Parahos, Cottard (Eug.), Boudin, Belgodère, Walter, Labrevoit, Bresselle, Richou, Desmarets, Cottard (Georges), Sée, Munch, Mlle Mouroux, MM. Batisse, Hubert, Wapler, Guilloire, Wicart, Dalimier, Manoussi, Georget, Le Meur, Le Louet, Faure-Beaulieu, Gaudeau, Dupuy, Béal, Delapchier, Muller, Prunier, Dromard (René), Jacob, Villepelet, Chauveau, Bonta, Lemaire (Jules), Colombel, Francoz, Broca, Jardry, Roland, Braunberger, Cauchoix, Bresard, Mesnil, Desmas, de Gandt, Mougeot, Nicolas (Michel), Loubier, Lebar, Debrovitch, Ambrosi, Ferté, Vermeil, Roux (Justin), Mourlhon, Bourguignon, Laederich, Verliac, Burgaud, Noréro, Gillet (René), Picquet, Rigoulet, Bardon, Villaret, Jeannel, Roussel (René), Chevallier, Leenhart, Hébert, Mlle Maugeret, MM. Vincent (Jules), Reulos (Marcel), Rabier, Dehérain, Guillaume (Louis).

301. Semper, Delion (Marcel), Thorel, Gratiot, Crouzet, Schaefer, Challamel, Camus (M.), Daversin, Bouche, Demarque, Jouvin, Handelsmann, Sourdillé, Pillet, Ortel, Trémolières, Roussy, Duc-Dodon, Mettey, Caldagues, Gioux, Haubourdolle, Oppert, Chastagnol, Rippart, Sénéchal, Gruget, Tansard, Caruette, Galippe, Bloch, Tixier, (Léon-Joseph), Morel, Corlieu, Kuss, Mahoudeau, Villebrun, Le Sourd, Burgaud (Ludovic), Béclard, Teisseire, Besnier, Baldenweck, Vidal, Bréchot, Taquet, Gravelotte, Cornélius, Berthaux, Grosset, Rouhier, Simon, Rabourdin, Bernheim, (André), Billaudet, Maillard, Landowski, Apte, Boudet, Deglos, Poisot, Vicq, Lutaud, Mary, Morisetti, Cailliau, Juquelier, Aubin, Camus (Paul), Fabre (Eugène), Maringer, Poupardin, Perreaux, Sarı, Renaud (Joseph), Labadie-Lagrave, Patry, Mouret, Français (H.), Dévé, Pernot, Nandrot, de Fourmestraux, Masson (Albert); Ertzbischoff, Sautelet, Le Jemtel, Jouhaud, Lemais-

tre, Levassort, Chazarain, Saillant, Perrin, Agasse-Lafont, Girot, Manet (Joseph), Liné, Langin, Chartier.

401. Hérisson, Lehmann, Fernet, Houzel, Carlotti, Fournier, Renaud (Maurice), Roques, Krantz, Lévi-Franckel, Fay, Beaufumé, Autefage, Privat de Fortunié, Debidour, Bailleul.

Hopitaux de Lyon. — M. le Dr Bérard a été nommé chirurgien des hôpitaux à la suite du concours ouvert le 9 décembre.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Devernoix, de Brioude, de M. le Dr Bettinger, de Reims.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ASSELIN et HOUZEAU
Place de l'Ecole-de-Médecine

Laulanié. — Eléments de physiologie, troisième fascicule. — Mouvement. — Fonctions du système nerveux. — In-8° avec 105 figures.

Librairie ALCAN
108, Boulevard Saint-Germain

Le Dantec (F.).— L'unité dans l'être vivant, essai d'une biologie chimique. In-8° de 412 pages. — Prix................ 7 fr. 50

Librairie JULES ROUSSET
36, rue Serpente

Roussy. — Aperçu historique sur les ferments et fermentations normales et morbides s'étendant des temps les plus reculés à nos jours. In-8° de 442 pages. Prix........................ 7 fr.

Roussy. — Les progrès de la science et leurs volontaires délaissés. Projet de réorganisation. In-8° de 194 pages. — Prix 4 fr.

Librairie ALCAN
108 boulevard Saint-Germain

Grasset (J). — Les maladies de l'orientation et de l'équilibre. In-8° de 292 pages. — Prix.......................... 6 fr.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
4, rue Antoine-Dubois

Dévé (F). — De l'échinococcose secondaire. Volume in-8° de 256 pages avec 7 figures.

Lebon (H).— La photothérapie : traitement des dermatoses par les rayons chimiques concentrés. In-8° carré de 35 pages.

Moliné (J). — L'hydrorrhée nasale. In-8° de 98 pages.

Vibert (L). — Appendicite ; sa pathogénie. In-18 raisin de 90 pages. — Prix : 3 f.

Vibert (L).— Etude sur la lithiase intestinale. In-8e carré de 26 pages.

Publications de la PAROLE
12, rue Caumartin

Natier (M.). — Faux adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez les névropathes, troubles de la voix parlée et chantée. In-8° de 32 pages avec 4 figures.

Natier (M.).— A propos de l'article de MM. Thomson et Turner sur l'étiologie du stridulisme congénital chez l'enfant. In-8° de 8 pages.

Thomson et Turner. — Etiologie du stridulisme congénital chez l'enfant. In-8° de 12 pages avec 10 figures.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

TABLE DES MATIÈRES

TOME XIV : 1901 (Juillet-Décembre)

N.-B. — **Recherche par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Nécrologie, Hopitaux, etc.

A

B

C

D

E

S

T

U

V

Y

Z

W

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical.

BOURNEVILLE. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie**. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre :

Tome I (1880). Publié avec la collaboration de M. d'Ollier, in-8 de 74 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.............. 2 fr.

Tome II (1881). — Publié avec la collaboration de MM. Bonnaire et Wuillamier, volume in-8 de XVI-172 pages, avec 7 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés................ 4 fr.

Tome III (1882). — Publié avec la collaboration de MM. Dauge et Bricon, volume in-8 de XXIV-162 pages, avec 15 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés.............................. 2 fr. 75

Tome IV (1883). — Publié avec la collaboration de MM. Boutier, Bonnaire, Leflave, P. Bricon et Séglas, volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.............................. 3 fr. 50

Tome V (1884). — Publié avec la collaboration de MM. Budor, Dubarry, Leflaire et Bricon, volume in-8 de LXXVI-188 pages. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés......................... 4 fr.

Tome VI (1885). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien et Séglas, volume in-8 de LXII-63 pages avec 7 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés................... 2 fr. 50

Tome VII (1886). — Publié avec la collaboration de MM. Isch-Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarrien et Bricon, volume in-8 de 300 pages, avec 3 plans, 25 figures et 5 planches en phototypie hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés................ 4 fr.

Tome VIII (1887). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier, Pilliet, Raoult et Bricon, volume in-8 de LX-264 pages, avec 27 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés........... 3 fr. 50

Tome IX (1888). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien, Raoult et Sollier, volume in-8 de LIX-92 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés.................................. 2 fr. 50

Tome X (1889). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier et A. Pilliet, volume in-8 de LVI-188 pages, avec 22 figures et une planche chromo-lithographique — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.. 3 fr. 50

Tome XI (1890). — Publié avec la collaboration de MM. Camescasse, Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas et P. Sollier, volume in-8 de C-252 pages, avec 16 figures et 10 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés................................ 4 fr.

Tome XII (1891). — Publié avec la collaboration de MM. Banzet, Finet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier, volume in-8 de VII-142 pages, avec 14 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.............................. 3 fr. 50

Tome XIII (1892). Publié par la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir, volume in-8 de CXII-368 pages, avec 37 figures et 15 planches. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés........... 5 fr.

Tome XIV (1893). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Cornet, Lenoir, J. Noir et P. Sollier, volume in-8 de LXIX-384 pages, avec 88 figures et 1 plan. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés.. 5 fr.

Tome XV (1894). — Publié avec la collaboration de M. J. Noir, volume in-8 de LXIV-151 pages, avec 8 figures et 4 planches. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.............................. 3 fr. 50

Tome XVI (1895). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, Noir (J.), Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, volume in-8 de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés... 4 fr.

Tome XVII (1896). — Publié avec la collaboration de MM. Mettetal, Noir (J.), Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer (J.), volume in-8 de C-272 pages, avec 41 figures et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.. 4 fr.

Tome XVIII (1897). — Publié avec la collaboration de MM. Dardel, Jacomet, Mettetal, Noir (J.), Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillaumier, volume in-8 de LXXXIV-228 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés.. 5 fr.

Tome XIX (1898). — Publié avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer (J.), volume in-8 de XCII-236 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. 5 fr.

Tome XX (1899). — Publié avec la collaboration de MM. Bellin, Boyer, Chapotin, Dardel, Katz, Noir (J.), Paul-Boncour et Poulard, volume in-8° de CLXXXIII-260 pages, avec 70 figures et 13 planches. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés....................... 6 fr.

Tome XXI (1900). — Publié avec la collaboration de MM. Crouzon, Dionis du Séjour, Izard, Laurens, Paul-Boncourt, Philippe et Oberthur, volume in-8 de CVIII-210 pages, avec 19 figures et XI planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés..... 4 fr.

BRISSAUD (E.). **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques**. 1 volume in-8 de 210 pages, avec 42 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.. 4 fr.

BUTLIN (H.-P.). **Maladies de la langue**. Traduit de l'anglais par le Dr DOUGLAS-AIGRE. Volume in-8 de 424 pages. — Prix : 8 fr. Pour nos abonnés.. 6 fr.

BRU (P.). **Histoire de Bicêtre** (Hospice-Prison-Asile) d'après les documents historiques, avec une préface de M. le Dr BOURNEVILLE. Un beau volume in-4 carré, d'environ 500 pages, orné de 27 planches hors texte, et d'un plan général de l'hospice de Bicêtre actuel. — Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés.................... 10 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales**. Grand in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et 1 planche en chromolithographie. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés........................ 5 fr.

DAURIAC (J.). **Paroi abdominale antérieure et cavité de Retzius. Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche**. Volume in-8 de 178 pages, avec 18 figures. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.............................. 4 fr.

DURET (H.). **Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux**. Un volume in-8 de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromolithographie et lithographie, et de 59 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés.............................. 5 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Traité élémentaire de l'anatomie du système nerveux**. 2e *édition. Revue et augmentée*. Volume in-8 de 653 pages, avec 242 figures dans le texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés.. 10 fr.

FIAUX (L.). **La prostitution en Russie**. Brochure in-8 de 132 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.................. 2 fr.

LELOIR (H.). **Traité pratique et théorique de la lèpre**. Volume in-4 de 359 pages, avec 43 figures, 7 tableaux et un atlas de XXII planches originales. — Prix : 30 fr. — Pour nos abonnés.. 22 f. 50

LELOIR (H.). **Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes**. (Lupus et tuberculose qui s'y rattachent). Volume in-4 de 405 pages, avec 30 figures originales intercalées dans le texte, et un Atlas de XV planches. — Prix : 25 fr. — Pour nos abonnés. ..... 22 fr.

MAGNAN (V.). **Le délire chronique à évolution systématique** (4e fascicule des leçons cliniques sur les maladies mentales). Volume in-8 de 177 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés 2 fr. 50

MAGNAN (V.). **Leçons cliniques sur les maladies mentales, faites à l'Asile clinique** (Sainte-Anne). Recueillies et publiées par Briand (M.), Journiac, Legrain et Sérieux. T. I. *Deuxième édition augmentée*. — Un beau volume in-8 de 435 pages, avec figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés.......................... 6 fr.

MAGNAN (V.). **Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique**. (Sainte-Anne), recueillies et publiées par le Dr PÉCHARMAN. T. II, Volume in-8 de 250 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés.. 2 fr. 75

NOIR (J.). **Etude sur les tics dans l'idiotie**. Volume in-8 de 170 pages, avec 24 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés 2 fr 75

PITRES (A.). — **L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques** (Leçons faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux et recueillies par J. ABADIE, ex-interne des hôpitaux. Volume in-8 de 94 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés...................... 2 fr.

PITRES (A.). **Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales**. Volume in-8 de 152 pages, avec 2 planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.................... 3 fr.

RAYMOND (F.). — **Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques**. Vol. in-8 de 140 pages, avec figures dans le texte et 3 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés.... 2 fr. 50

RAYMOND. — **De la puerpéralité**. Volume in-8 de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.............. 2 fr.

ROSAPELLY (Ch.-L.). **Recherches théoriques et expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie**. Volume in-8 de 56 pages orné de 24 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.. 2 fr.

ROTHSCHILD (H. de). **L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel**. Volume in-8 de XI-659 pages, avec 65 figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés.. 6 fr.

ROTHSCHILD (H. de). **Hygiène de l'allaitement**. (*Allaitement au sein mixte, allaitement artificiel, sevrage*). Volume in-18 de 198 pages. — Prix : 1 fr. 50 — Pour nos abonnés .... 1 fr. 15

ROTHSCHILD (H. de). **Les troubles gastro-intestinaux chez les enfants du premier âge**. (*Etiologie, pathogénie, symptomatologie et traitement, alimentation des nourrissons dyspeptiques.*) Volume in-8 de VIII-274 pages, avec 23 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés.. 3 fr.

ROUSSELET (A.). **Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris** relatives à la lutte des administrateurs laïques contre le pouvoir spirituel et aux abus et désordres commis par les religieuses et les chapelains, de 1505 à 1789, avec une préface par le Dr Bourneville. Volume in-8 de XXXI-232 pages et une eau forte. — Prix : 5 fr. Pour nos abonnés .... 3 fr. 50

SOLLIER (Mme A.). — **De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés**. (Contribution à l'étude de la dégénérescence dans l'espèce humaine). Volume in-8 de 180 pages, avec 32 gravures dans le texte — Prix.. 2 fr.

SOLLIER (P.). — **Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme**. Volume in-18 de 216 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés.. 1 fr. 75

SOURY (J.). **Les fonctions du cerveau**. Doctrines de l'Ecole de Strasbourg. Doctrines de l'Ecole italienne. Un volume in-8 de 461 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés.. 6 fr.

TARNOWSKI (P.). — **Etudes anthropométriques sur les prostituées et les voleuses**. Volume in-8 de 226 pages, avec 8 tableaux anthropométriques et 20 dessins. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés .... 4 fr.

THULIÉ (H.). **Les enfants assistés de la Seine**. Un volume in-4 de 650 pages. — Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés .... 12 fr.

THULIÉ (H.). **Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie**. Tome VI de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*. Volume in-8 de IV-678 pages, avec 63 figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés.. [illegible] fr.